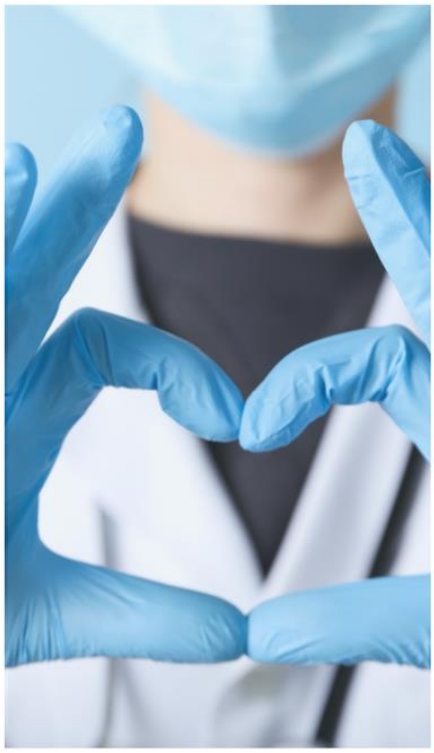
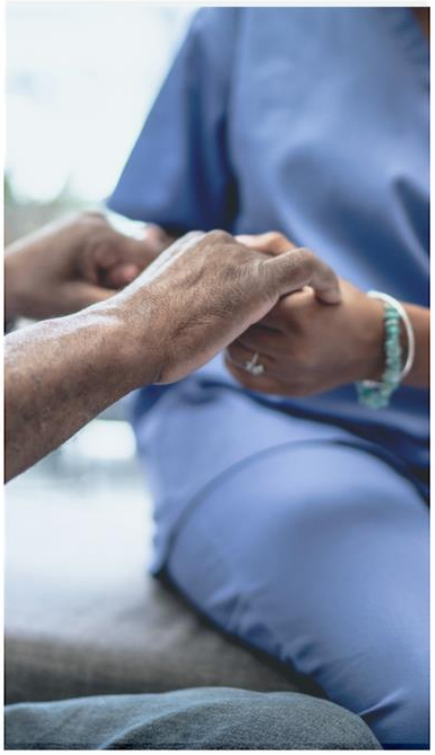
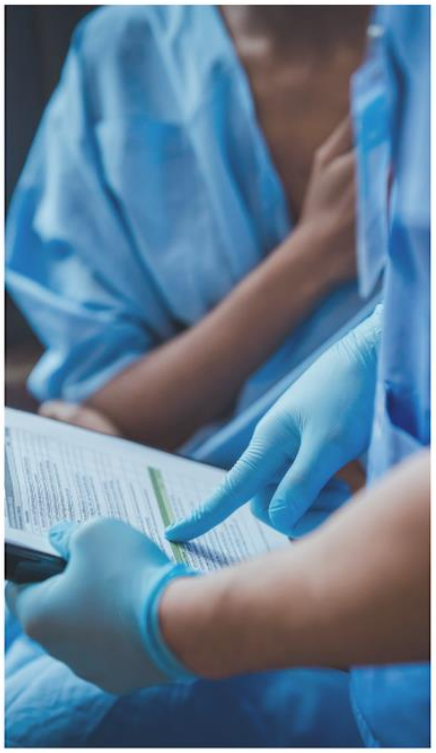
GRUPO FAMETRO







DISCUTINDO SABERES EM ENFERMAGEM

Organizadoras

Graciana de Sousa Lopes
Mirelia Rodrigues Araujo
Karine Garcez Mc Comb
Loren Rebeca Anselmo do Nascimento
Laís Vogt Lopes
Patrícia Defáveri Vasconcelos
Elcivana Leite Paiva Pereira
Michelle Gomes de Lima

Editora Poisson

VOLUME 1

Graciana de Sousa Lopes
Mirelia Rodrigues Araujo
Karine Garcez Mc Comb
Loren Rebeca Anselmo do Nascimento
Laís Vogt Lopes
Patrícia Defáveri Vasconcelos
Elcivana Leite Paiva Pereira
Michelle Gomes de Lima
(Organizadoras)

Discutindo saberes em Enfermagem

Volume 1

1ª Edição

Belo Horizonte

Editora Poisson

2024

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial
Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
Ms. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
Ms. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Comitê Científico
Graciana de Sousa Lopes
Mirelia Rodrigues de Araújo
Karine Garcez Mc Comb
Marcílio da Costa Carvalho
Julia Mônica Benevides
Thiago Gomes de Oliveira
Alex Bezerra Maciel

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D613
Discutindo saberes em Enfermagem. Volume 1 / Organizadoras: Graciana de Sousa Lopes, Mirelia Rodrigues Araujo, Karine Garcez Mc Comb, Loren Rebeca Anselmo do Nascimento, Laís Vogt Lopes, Patrícia Defáveri Vasconcelos, Elcivana Leite Paiva, Michelle Gomes de Lima - Belo Horizonte – MG: Editora Poisson, 2024

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-446-8
DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Saberes em Enfermagem. 3. Saúde 4. Ciências da Saúde I. LOPES, Graciana de Sousa. II. ARAUJO, Mirelia Rodrigues. III. MC COMB, Karine Garcez. IV. NASCIMENTO, Loren Rebeca Anselmo do. V. LOPES, Laís Vogt. VI. VASCONCELOS, Patrícia Defáveri. VII. PEREIRA, Elcivana Leite Paiva. VIII. LIMA, Michelle Gomes de. IX. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterado.

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

Organizadoras

Graciana de Sousa Lopes

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Mestra em Enfermagem (UFAM/UEPA), membro do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Enfermagem e Saúde - NIPES (UFAM), Conselheira da Liga Acadêmica de Obstetrícia e Saúde da Criança (LAOSC). Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência (UNI-CEL), Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente (UEA) e Enfermagem em Infectologia (UEA). Cursando especialização em Acupuntura. Atuando como presidente da Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Enfermagem e Docente do Instituto Metropolitano de Ensino -IME. Contato: graciana.lopes@outlook.com

Mirelia Rodrigues Araujo

Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia UFAM/ILMD-FIOCRUZ (2013), Especialista em Saúde Ambiental ILMD/FIOCRUZ Out/2010, Graduação em Enfermagem pela Universidade Paulista - UNIP campus Manaus. Atualmente, Doutoranda Em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), Revisora do Periódico Journal of Health & Biological Sciences e Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - HYGEIA, atua como docente no Instituto Metropolitano de Ensino – IME.

Karine Garcez Mc Comb

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Norte. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro Universitário Internacional (2010), Docência em Ensino Superior pela Faculdade de Educação da Serra (2014), Infectologia pela Universidade do Estado do Amazonas (2018), Educação especializada pelo Centro Universitário FAMETRO (2019) e Administração e Auditoria dos Serviços de Saúde pela FAVENI (2020). Atuou como enfermeira responsável pelo setor de Hemodiálise na Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Infantil do Hospital e Pronto Socorro Platão Araújo (2010-2011). Ministrou aulas para ensino superior no Instituto Metropolitano -IME. Atualmente é Coordenadora do Curso de Enfermagem no Instituto Metropolitano -IME.

Organizadoras

Loren Rebeca Anselmo do Nascimento

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialista em Enfermagem em Infectologia (UEA) e Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas (UEA). Atuou como enfermeira em Clínica de Segurança do Trabalho, plantonista no Hospital Universitário Nilton Lins e no Controle de Infecção Hospitalar no Hospital SAMEL. Atualmente é docente universitária no Instituto Metropolitano – IME.

Laís Vogt Lopes

Enfermeira formada pela Universidade do Estado do Amazonas - UEA (2013), especialista em Urgência e Emergência. Trabalhou como enfermeira no Programa Melhor em Casa. Experiência em Central de Material e Esterilização atuando no HPS João Lúcio. Docente da Ceuni-Fametro desde 2021. Docente da Universidade do Estado do Amazonas - UEA nas disciplinas de Enfermagem Clínica no processo de cuidar da saúde do adulto e do idoso, Enfermagem no Processo de Cuidar da Saúde da Muher, Estágio Curricular.

Patrícia Defáveri Vasconcelos

Atualmente: Enfermeira do Programa Melhor em Casa; -Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Associação UEPA/UFAM (PPGENF-UEPA/UFAM); -Docente preceptora de estágio curricular do curso de graduação em enfermagem da Universidade Paulista Campus Manaus (UNIP/AM); -Docente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO)

Organizadoras

Elcivana Leite Paiva Pereira

Mestranda em Enfermagem em Saúde Pública no Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem em Saúde Pública (ProEnSP) pela Universidade do Estado do Amazonas, Professora no curso de graduação na Faculdade Metropolitana de Manaus-FAMETRO e Professora Supervisora de estágio na Universidade Paulista-UNIP. Manaus-Amazonas, Brasil.

Michelle Gomes de Lima

Graduação em enfermagem pela universidade nilton lins e medicina veterinária pelo centro universitário fametro (2024). Pós graduada em enfermagem ginecologia e obstetrícia pela faculdade delta (2013) e pós graduanda em cirurgia de tecidos moles em peque nos animais pelo ceuni – FAMETRO. Experiência como enfermeira nos seguintes setores: clínica médica, centro cirúrgico, berçário, uti neonatal, uti adulto e outros e zoonose animal. Foi coordenadora da atenção primária no município de Urucurituba Itacoatiara (2014 a 2016), professora universitária e de curso técnico desde 2014. Mestre em ciência e meio ambiente pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Atualmente docente do curso de enfermagem no centro universitário fametro.

Prefácio

Com grande satisfação apresentamos este eBook, “Discutindo Saberes em Enfermagem”, esta é uma coletânea dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), produzidos pelos discentes do curso de Enfermagem da nossa Universidade. Este livro representa o nosso compromisso com a ciência e saúde da nossa população Amazonense, bem como dos nossos alunos e professores com excelência no ensino e na pesquisa científica.

Novos desafios surgem a cada dia nas ciências da saúde, os quais vem demonstrando que somente a partir da confluência de saberes e fazeres das diversas áreas do conhecimento os sistemas de saúde estarão fortalecidos para o enfrentamento deles, tendo em vista a complexidade das ações que se fazem necessárias em todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

A enfermagem é uma ciência que se transforma constantemente, moldadas pela necessidade de saúde da sociedade e pelas inovações na prática clínica. Neste contexto, a pesquisa nas universidades, desempenha um papel crucial. Ela não apenas amplia nosso conhecimento, mas certamente melhora a assistência de enfermagem, influenciando de forma direta a qualidade do cuidado aos pacientes.

Cada TCC aqui apresentado é exemplo do rigor acadêmico e da dedicação dos nossos estudantes, finalistas e futuros Enfermeiros (as). A Universidade é um lugar onde o conhecimento é gerado, compartilhado e aplicado, pois a pesquisa no âmbito acadêmico é essencial para formar profissionais capazes de enfrentar os desafios do mundo real com competências e inovação. Através da pesquisa, é possível formular hipóteses, analisar dados e comunicar seus resultados de forma eficaz.

Assim, desejamos a todos uma profícua leitura desta obra, a qual pela diversidade de temáticas abordadas, permitirá ao leitor uma melhor compreensão da imersão do papel da universidade na construção profissional. Agradecemos a todos os alunos que contribuíram para este volume, aos orientadores que guiaram seus trabalhos com sabedoria e paciência, e a todos os que apoiam a educação e a pesquisa na nossa universidade.

Diorges Boone da Silva

Enfermeiro, Egresso do Centro Universitário Fametro

Esp. em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental

Esp. em Enfermagem na Atenção Primária com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família

Mestre em Ciências pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas - EERP/USP

SUMÁRIO

Capítulo 1: Prevalência de transtornos psiquicos em enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva (UTI) 12

Marcela Cristina Zurra de Araújo, Suelen de Abreu Mourão, Graciana de Souza Lopes, Maria do Perpétuo Socorro de Araújo Flor

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.01

Capítulo 2: Enfermeiro na unidade de terapia intensiva no processo de doação de orgãos 21

Keitiane Holanda de Castro, Irlandia Pedrosa Ferreira, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.02

Capítulo 3: Análise de dados epidemiológicos da rabdomiólise no estado do Amazonas, no ano de 2021 32

Luiz Henrique dos Santos Leite, Rebeca Arce da Silva, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.03

Capítulo 4: Aspectos relacionados ao paciente com fibrose císitca: relato de experiência 42

Jerlian Serrão da Cunha, Regiana Seixas de Oliveira, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.04

Capítulo 5: Processamento de artigos para a saúde: uma narrativa das formas de validação do processo do centro de material e esterilização 52

Fátima Valente Leite, Gleise da Costa Lima, Graciana de Sousa Lopes, Renata Silva Campos

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.05

Capítulo 6: O impacto da covid 19 no tratamento da tuberculose em paciente portador do virus HIV 63

Fabiana Ribeiro Penha Borges, Marianne Teixeira da Silva, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.06

Capítulo 7: Abandono de tratamento em PVHIV – relato de experiência 73

Larissa Arce Antonaccio, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.07

Capítulo 8: Incidência de tuberculose no Amazonas entre 2021 A 2022 84

Iana Luiza Souza Galvão, Maria Josenilda de Matos Silva, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.08

SUMÁRIO

Capítulo 9: *Design thinking* na enfermagem:promoção da segurança laboral 97

Kaedro da Silva Nascimento, Paulo Gabriel Cruz de Souza Filho, Loren Rebeca Anselmo do Nascimento, Graciana de Sousa Lopes, Luan Neves Ferreira

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.09

Capítulo 10: O uso de plantas medicinais e fitoterápicos como adjuvantes no tratamento oncológico: uma revisão integrativa 109

Luis Henrique Oliveira de Araújo, Paloma Cabral de Oliveira, Thais de Angiolis Pimenta, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.10

Capítulo 11: Novas tecnologias no tratamento oncológico 122

Adriane da Silva Bentes, Devanir Neves Pinto Amorim, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.11

Capítulo 12: Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA): revisão de literatura 131

Ytacyara Suzy de Oliveira Santos, Ocicléa Gomes Batista, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.12

Capítulo 13: Desafios da assistência ao paciente com hanseníase 140

Rafael Oliveira, Taiene de Andrade Rabelo, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.13

Capítulo 14: Condutas do enfermeiro frente ao paciente com esquizofrenia: revisão narrativa 150

Elizamara Lima de Moraes, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.14

Capítulo 15: Hiperceratose epidermolítica: um relato de experiência 159

Janis Ramos Soria Villacrez, Simone Kelly Nascimento Pontes, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.15

Capítulo 16: Qualidade de vida de pacientes com esclerose múltipla: uma revisão de literatura 170

Daniele Paz de Castro, Karinne Freitas Rodrigues, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.16

SUMÁRIO

Capítulo 17: Suporte básico de vida para o público leigo 180

Daniela da Silva Canton, Gabriela Almeida Nunes, Mirelia Rodrigues de Araújo, Marcílio da Costa Carvalho

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.17

Capítulo 18: Impactos biopsicosociais em idosos vivendo com HIV/AIDS..... 187

Ari Bruno Teixeira Borges, Evandro Dias Bezerra, Graciana de Sousa Lopes, Loren Rebeca Anselmo do Nascimento

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.18

Capítulo 19: Estigma social e hanseníase em idosos: revisão narrativa da literatura197

Letícia de Sousa Bezerra, Lilian Sousa dos Santos, Larissa Barbosa Lemos, Graciana de Sousa Lopes, Loren Rebeca Anselmo do Nascimento

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.19

Capítulo 20: Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta em um paciente idoso com Esclerose Lateral Amiotrófica: relato de experiência..... 208

Thais de Angiolis Pimenta, Luis Henrique de Oliveira Araújo, Paloma Cabral de Oliveira, Diorges Boone da Silva, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.20

Capítulo 21: Abordagem da esquizofrenia no CAPS sob a ótica da enfermagem: uma revisão de literatura 218

Magda Lima da Cunha, Marlene da Silva Barros, Graciana de Sousa Lopes, Maria do Perpétuo Socorro de Araújo Flor

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.21

Capítulo 22: Descolamento Prematuro de Placenta (DPP): um relato de experiência 229

Joziane Souza da Silva, Thayna Monique Marques Pinto, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.22

Capítulo 23: Percepções do enfermeiro frente ao parto de indígenas: uma revisão narrativa 241

Maria Lígiane da Silva, Severo Mateus Gamenha Júnior, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.23

SUMÁRIO

Capítulo 24: Visão holística da enfermagem no cuidado à criança com diabetes 250

Singlesson Andrade Barbosa, Tamires Vasconcelos Andrade, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.24

Capítulo 25: Os impactos da pandemia da Covid-19 sobre a emergência pediátrica 260

Ana Paula dos Santos Ribeiro, Fábio Luiz Calmont da Silva, Graciana de Sousa Lopes, Marcílio da Costa Carvalho

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.25

Capítulo 26: Aspectos relacionados ao pré natal de baixo risco na atenção primária: uma revisão de literatura 269

Suelen Milena da Silva Miranda, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.26

Capítulo 27: O consumo de bebida alcoólica durante o ciclo gravídico e seus efeitos para o feto 278

Caroline dos Santos Filgueira, Thiago Calheiros Lopes, Graciana de Sousa Lopes, Eline Araújo de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.27

Capítulo 28: Aspectos emocionais da gestante com HIV: uma revisão narrativa..... 288

Claudeane da Silva Lima, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.28

Capítulo 29: Fatores contribuintes associados a síndromes hipertensivas gestacionais: uma breve revisão narrativa 296

Jessiane da Conceição Silva, Luciana Lalor Onety, Graciana de Sousa Lopes

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.29

Capítulo 30: Assistência de pré-natal à gestante diagnosticada com sífilis: uma revisão integrativa 307

Adaias Silva de Queiroz, Graciana de Sousa Lopes, Monike Emyline Andrade Rodrigues

DOI: 10.36229/978-65-5866-446-8.CAP.30

CAPÍTULO

01

Prevalência de transtornos psiquicos em enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva (UTI)

Marcela Cristina Zurra de Araújo[1], Suelen de Abreu Mourão, Graciana de Souza Lopes[2], Maria do Perpétuo Socorro de Araújo Flor[3]

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos, como depressão, ansiedade, estresse pós traumático, burnout entre outros, são causados por diversos fatores associados a alterações na saúde mental, além de uma maior probabilidade de exposição a mecanismos de estresse (excesso de trabalho), traumas passados, mudanças relacionadas à rotina ou perda de entes queridos (SANTOS et al., 2021).

Saúde e saúde mental são conceitos complexos, historicamente influenciados por contextos sociopolíticos e pela evolução das práticas de saúde. Nos últimos dois séculos, surgiram discursos hegemônicos que definem esses termos como exclusivos da medicina. No entanto, com a integração interdisciplinar da atenção à saúde, diferentes disciplinas do conhecimento têm gradativamente integrado tais conceitos (ROCHA, DAVI, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem uma compreensão abrangente de diversas dimensões da saúde mental definindo-a não apenas como a ausência de doença, mas um estado completo de bem-estar físico, biopsicossocial e espititual do ser humano (GAINO et al., 2018).

Alguns estudos mostram que 13% de todos os diagnósticos de doenças em todo o mundo são causados por transtornos mentais (GONÇALVES, STEIN, KAPCZINSKI, 2008).

Segundo dados de 2017 (OMS, 2017), o Brasil possui o maior número de casos de transtornos de ansiedade na população mundial, com 9,3% dos brasileiros sofrendo com a doença. Em 2020, o Ministério da Saúde divulgou um estudo sobre o impacto da pandemia na saúde mental dos brasileiros. O estudo encontrou altos índices de transtornos como ansiedade (86,5%) e estresse pós-traumático (45,5%), depressão de forma grave (16 %). Uma análise de 17.491 pessoas com idade média de 38,3 anos mostrou que a maioria delas eram mulheres (PAGNO, 2020).

Qualquer indivíduo pode ser afetado por transtornos mentais, e estima-se que 10% dos adultos sofram de alguma forma de sofrimento psicológico. Além disso, cerca de 25% da população global terá pelo menos uma transformação mental ao longo de sua vida. (CARVALHO, ARAÚJO, BERNARDES, 2016).

Os transtornos mentais são mudanças na forma como a mente funciona que afetam negativamente o desempenho de uma pessoa em sua vida pessoal, profissional, acadêmica e familiar, bem como sua capacidade de entender a si mesma e aos outros. É uma ocorrência que pode ser compreendida à luz da história de vida da pessoa, bem como através dos fatores sociais e ambientais que podem afetar sua saúde e talvez ter um

[1] Acadêmicas do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CeUni FAMETRO
[2] Enfa. MsC. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CeUni FAMETRO
[3] Psga. MsC. Docente do CeUni FAMETRO

impacto direto em sua qualidade de vida. A expressão "adoecimento mental" pode ser usada hoje em dia para se referir ao sofrimento psicológico, pode causar uma variedade de sintomas, como limitações de liberdade, autonomia e funcionalidade, bem como a perda dos sentidos. (MORAIS; LEÃO, 2017). A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente complexo, com alta concentração de tecnologia, recursos humanos qualificados, sistema de cuidados diários e cuidados continuados, que decorre da necessidade de melhoria da atenção à saúde, que vai desde a qualificação dos recursos humanos e o uso de materiais e equipamentos para tratamento de pacientes com quadro de saúde crítico (CASTRO et al, 2019).

Considerando que os cenários que compõem a UTI são repletos de tecnologia dura (NASCIMENTO et al, 2021), cabendo aos profissionais da enfermagem proporcionar o máximo de conforto aos pacientes internados em UTI, uma vez que essa profissão é considerada uma ciência e uma arte de cuidar das necessidades humanas básicas (RIBEIRO et al., 2017).

Nesse cenário, os profissionais de saúde têm atividades fortemente influenciadas por preocupações e tensões, o que aumenta a necessidade de um controle psicológico adequado. Além disso, esses trabalhadores são suscetíveis ao sofrimento psíquico devido às dificuldades que enfrentam no desempenho de seus trabalhos, bem como à instabilidade emocional provocada pela preocupação e tristeza, como resultado, acontece o aumento a instabilidade emocional entre esses profissionais, pois são mais suscetíveis ao sofrimento psíquico. (ESPERIDIÃO, SAIDEL, RODRIGUES, 2020).

Determinados setores com altos níveis de estresse ocupacional, como as unidades de terapia intensivas (UTI), podem favorecer o desenvolvimento psicológico dos funcionários. Porque se destinam a cuidados especializados ao paciente em situações críticas que requerem cuidados contínuos e intervenções de emergência. Sendo considerado um dos locais que mais causam traumas e danos, tanto aos profissionais quanto aos pacientes. O barulho constante, a necessidade de lidar com o sofrimento e a morte, as emergências, entre outras coisas, são fatores que contribuem para esse quadro. (CABRAL, NEVES, OLIVEIRA, 2016).

Justifica-se a produção deste estudo em virtude de a prevalência de transtornos mentais em enfermeiros da UTI ser significativamente maior em comparação com outras especialidades da enfermagem e com a população em geral. Entre os transtornos mais comuns estão a ansiedade, a depressão e o Burnout, que têm impacto negativo na qualidade de vida e no desempenho profissional dos enfermeiros. (BAMBI et al., 2019).

Este estudo traz uma contribuição significativa para a sociedade como um todo, pois é indiscutível que a saúde mental é parte indissociável da nossa saúde e que temáticas relativas à saúde mental vêm despertando atenção da população, de instituições e gestores (ESPERIDIÃO, SADIEL, RODRIGUES, 2020). Além disso, esta pesquisa é primordial para estimular o interesse e o interesse desses profissionais que tendem a vivenciar constantemente situações de desequilíbrio emocional que sugerem gatilhos para transtornos mentais (SILVA; PAZ, 2022).

O objetivo geral deste estudo está em identificar os fatores que afetam a saúde mental e a incidência de transtornos mentais em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e, os objetivos específicos são caracterizar a Unidade de Terapia Intensiva; descrever tipos e definições de transtornos mentais; abordar a prevalência de transtornos mentais em enfermeiros.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UM BREVE OLHAR

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é ambiente hospitalar em que são internados os pacientes com quadro clínico de saúde considerado grave ou crítico, onde estes podem estar com ou sem instabilidade hemodinâmica, e que precisam ser assistidos em saúde de forma ininterrupta, 24 horas por dia, por uma equipe multidisciplinar de saúde a qual, em função do estado deste cliente, buscam incorporar, de forma rápida, tecnologias como medicamentos e equipamentos extremamente importantes e necessários para o manejo laboral (PEREIRA, 2019).

A UTI, dentro de uma unidade hospitalar, é um ambiente especializado que recebe pacientes com quadro clínico complexo e que exigem alto grau de cuidado e atenção profissional. Agregado a isso, surgem as inovações tecnológicas que beneficiam o labor nesse setor, promovendo aprimoramento nas metodologias de diagnóstico e terapêuticas, assim como novos equipamentos que auxiliam na manutenção e na recuperação da vida (MACHADO, SOARES, 2016).

Goularte, Gabarra e Moré (2020) afirmam que as UTIs são entendidas como ambientes que promovem medo e preocupação, assim como têm uma figuração de ser um local fechado e restrito.

Silva, Gomes, Maia (2021) destacam que o cenário da UTI traz consigo uma tradução de gravidade em virtude do contínuo risco de morte em que se encontra o paciente, assim como das práticas invasivas as quais caracterizam o setor como uma unidade de cuidados que gera distúrbios psicológicos e emocionais nos profissionais.

A UTI é considerada um ambiente de trabalho estressante, pois que envolve alto risco e desgaste emocional, longas horas de trabalho e muitas vezes o enfrentamento de pacientes com prognóstico ruim (QUEIROS, CALOTTO, 2013).

Além disso, a UTI é uma unidade de risco constante de morte, com um grande número de procedimentos de alta complexidade, exigindo que todos os profissionais tenham características e habilidades para poder trabalhar diariamente em um tempo limitado, bem como fornecer respostas adequadas e oportunas a todas as preocupações (NASCIMENTO et al, 2021).

2.2. TRANSTORNOS MENTAIS: ALGUNS TIPOS E DEFINIÇÕES

Os transtornos mentais são condições que afetam o pensamento, o comportamento e o humor de uma pessoa. Eles podem ter um impacto significativo na qualidade de vida e no bem-estar físico e mental do indivíduo. Os enfermeiros que trabalham na UTI estão expostos a situações estressantes e desafiadoras, o que pode aumentar o risco de desenvolver transtornos mentais (FERNANDES, SOARES, SILVA, 2018).

Ansiedade é um transtorno mental caracterizado por sentimentos intensos de preocupação, medo e tensão. Os enfermeiros da UTI podem estar particularmente em risco de desenvolver ansiedade devido ao estresse constante do ambiente de trabalho. Os sintomas da ansiedade incluem inquietação, fadiga, irritabilidade, tensão muscular e dificuldade em dormir (AL MAQBALI et al., 2018).

A depressão é um transtorno mental que afeta o humor e o comportamento. Pode levar a sentimentos persistentes de tristeza, perda de interesse em atividades que antes

eram agradáveis e baixa autoestima. Os enfermeiros da UTI podem estar em risco de desenvolver depressão devido a altos níveis de estresse e carga emocional do trabalho (SANTOS et al., 2019).

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um transtorno mental que pode ocorrer após um evento traumático. Os enfermeiros da UTI podem estar em risco de desenvolver TEPT devido à exposição a situações traumáticas, como morte de pacientes e situações de emergência. Os sintomas do TEPT incluem flashbacks, evitação de estímulos relacionados ao evento traumático, ansiedade e irritabilidade (BROUWERS et al., 2015).

Burnout é um tipo de esgotamento profissional que pode ocorrer em profissionais de saúde expostos a altos níveis de estresse no trabalho. Os enfermeiros da UTI podem estar em risco de desenvolver burnout devido à carga emocional do trabalho e ao contato frequente com a morte e a dor dos pacientes. Os sintomas do burnout incluem exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal (WU et al., 2020).

Esses transtornos mentais podem afetar significativamente a saúde mental dos enfermeiros da UTI, levando a problemas como dificuldade em realizar o trabalho de forma eficaz, absenteísmo e diminuição da satisfação no trabalho. A prevenção e o tratamento desses transtornos são fundamentais para a saúde mental dos enfermeiros da UTI (SILVA, ROBAZZI, 2019).

2.3. PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM ENFERMEIROS

A prevalência de transtornos mentais em enfermeiros é uma preocupação crescente na área da saúde, uma vez que o trabalho desses profissionais é estressante e exigente. Vários estudos têm examinado a prevalência de transtornos mentais em enfermeiros em geral, bem como em enfermeiros que trabalham em UTIs (ESPERIDIÃO, SAIDEL, RODRIGUES, 2020).

A prevalência global de transtornos mentais em enfermeiros chega a 24,1%, sendo a ansiedade e a depressão os transtornos mais comuns (QUEIRÓS et al., 2017), sendo desses 43,2% são casos de depressão e 52,2% casos de ansiedade (ALVES et al., 2018).

Em relação aos enfermeiros da UTI cerca de 27,9% apresentaram sintomas significativos de depressão, 23,5% de ansiedade e 14,8% de estresse póstraumático (MEALER et al., 2017).

Dentre os fatores de risco específicos associados à prevalência de transtornos mentais em enfermeiros da UTI estão a sobrecarga de trabalho e o estresse (JACKSON et al., 2017), bem como a falta de suporte social e a falta de controle emocional (EMBRIACO et al., 2017).

3. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo bibliográfico, cujo método adotado foi o de revisão integrativa de literatura que, segundo Silva (2019) são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, onde serão usados artigos secundários para levantamento de dados de abordagem descritiva a fim de discutir a problemática estudada.

A coleta de dados se deu nos bancos de dados: LILACS *(Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde)*, Scielo (*Scientific ElectronicLibrary Online*), BVS (*Biblioteca Virtual e Saúde)*, onde foram encontrados artigos concernentes ao tema aqui proposto com o uso dos descritores conforme dispo nível no DECS: saúde mental, transtornos mentais, enfermagem, unidade de terapia intensiva.

O critério de elegibilidade adotado foi artigos que estavam em concordância com o tema, disponibilizados de forma gratuita nas bases de dados, cujo período de publicação estava compreendido entre 2013 a 2023, em língua portuguesa.

Foram considerados inelegíveis obras incompletas, não concernentes ao assunto abordado e publicadas fora do período eleito.

A partir da combinação dos descritores foram obtidos 139 estudos. Destes foram excluídos 117 artigos que não atenderem aos critérios prévios de inclusão, ou seja, artigos não se enquadram na temática, assim sendo, 16 artigos foram selecionados para compor a amostra final desta revisão integrativa da literatura.

A análise dos dados foi realizada através da leitura exaustiva do estudo completo, do qual foram extraídas as principais ideias de cada autor através de meiosfixos produzidos pelo autor, tendo em conta os resultados apresentados e as conclusões de cada publicação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS EM ENFERMEIROS DA UTI

No que se refere aos transtornos mentais mais ocorrentes em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode-se observar que o estresse, a ansiedade, e a depressão, que trazem uma sintomatologia como: perda do equilíbrio emocional, além de concentração prejudicada, queixas álgicas e somáticas, insônia, irritabilidade, esquecimento, fadiga, baixo desempenho físico e intelectual são considerados as desordens mais comuns entre trabalhadores de equipe multiprofissional de saúde de uma UTI (VIEIRA *et al*., 2013; FERNANDES *et al.*, 2018; SILVA, *et al.,* 2018; MOURA, *et al*., 2022).

Conforme Silva, Pimentel e Merces (2020) e Ornell *et al.* (2020) o estresse e a sobrecarga de trabalho podem exacerbar o adoecimento mental dos trabalhadores da saúde visto que também estão expostos a sofrimento psicológico e dilema, esgotamento por fadiga, estigma e violência física, assim como quando os profissionais da saúde experimentam altos níveis de ansiedade juntamente com incerteza prolongada e uma capacidade reduzida de exercer controle sobre uma certa situação vivenciada diariamente na UTI, eles correm o risco de desenvolver síndromes de estresse persistentes e esgotamento profissional.

No contexto dos transtornos mais incidentes em trabalhadores da saúde que desempenham suas funções em UTIs está a Síndrome de Burnout a qual constitui grande problema psicossocial entre profissionais da enfermagem (SILVA, *et al.,* 2015; MIRANDA *et al.*, 2021).

Para Oliveira e Silva (2022), altos índices de incidência de Síndrome de Burnout em enfermeiros que atuam em UTIs são identificados o que acaba caracterizando esse ambiente de trabalho como especialmente estressante para a profissão.

As preocupações com a saúde física e mental dos colegas, o risco de se infectar e infectar outras pessoas, a falta de apoio social, a falta de comunicação e a falta de treinamento podem levar a efeitos psicológicos como ansiedade e complicações médicas. Sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos. Você tem que se adaptar às mudanças constantes no tratamento e cuidado do paciente. Você tem que lidar com processos que morrem com mais frequência. As interações com os pacientes e suas famílias e o trabalho rotativo também contribuem para o desenvolvimento de transtornos mentais entre os profissionais de saúde que trabalham em unidades de terapia intensiva (GRIFFITHS *et al.,* 2018; PEREIRA *et al.,* 2021; ASSIS *et al.,* 2022).

Para Martinez e Fischer (2019), dentre os fatores que provocam estresse no trabalho do profissional de enfermagem estão o contato com a dor e sofrimento; pressão de tempo e responsabilidades; assédio, violência; conflitos entre colegas e lideranças, gestão e justiça organizacional insatisfatórias, características das jornadas e turnos de trabalho, demandas elevadas, limitação de autonomia, qualidade e segurança assistencial, uso de novas tecnologias, precárias relações de trabalho, redução de equipes, mudanças demográficas e epidemiológicas populacionais, e aumento nas exigências por competências gerenciais.

Benites e Faiman (2022), complementam o pensamento anterior ao apontarem que entre os fatores relacionados a transtornos mentais em profissionais de enfermagem estão: jornada de trabalho excessiva, risco de contaminação, a falta de gerenciamento entre vida social e profissional, baixa remuneração, falta de autonomia nas atividades, falta de reconhecimento profissional, sobrecarga de tarefas e conflitos no trabalho.

Fernandes, Soares e Silva (2018), afirmam que há diversos fatores que contribuem para que ocorram transtornos mentais relacionados ao trabalho, entre eles: sobrecarga e jornadas excessivas de trabalho, padrão de sono e vigília comprometidos, baixa remuneração, mais de um vínculo e processos de trabalho.

A falta de suporte social também tem sido associada à ocorrência de transtornos mentais em enfermeiros da UTI como a depressão e a ansiedade, além da exposição a traumas e a falta de recursos organizacionais (EMBRIACO *et al*., 2017; SILVA *et al.*, 2022).

Para Nonnenmacher *et al.* (2019), os profissionais de enfermagem merecem mais apoio social no que cerne a atenção quanto à saúde mental, visto que sãoexpostos a diversos tipos de estresse como decisões rápidas e assertivas, estado de saúde crítico de pacientes por lidarem com a morte, além de questões de relacionamentos conflituosos no trabalho, havendo necessidade de intervenção de saúde mental junto à categoria.

Também são fatores que presdispõem o desenvolvimento de transtornos mentais a falta de controle sobre o trabalho, a falta de autonomia e a falta de reconhecimento e apoio da organização, além do esgotamento emocional, a despersonificação, a baixa de realização pessoal (SILVA *et al*., 2015; LEITE *et al.,* 2021).

Segundo Magnago (2010), o estresse causado por altas cargas de trabalho, escassez de pessoal, grande número de pacientes a serem atendidos, pressão psicológica para terminar o trabalho rapidamente e demandas conflitantes dos pacientes foram as causas. Trabalho, responsabilidade pelo cuidado e segurança do paciente, relações conflituosas dentro de uma equipe ou com outras pessoas, falta de conscientização, problemas com equipamentos e materiais, local de trabalho inadequado e recorrente ao longo do dia levando ao aumento da frequência de dores musculoesqueléticas postura

inadequada contribui para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos menores que podem levar a problemas mais sérios a longo prazo.

Além do bem-estar, promover a qualidade de vida no ambiente de trabalho, zelar pela saúde e segurança física, mental e social e capacitar as pessoas para exercerem suas funções com segurança e energia pessoal, para que os profissionais entendam que têm autonomia e controle sobre o trabalho deles. A prática inclui um ambiente de avaliação favorável à prática profissional inovadora que o modelo médico idealizado requer para sua eficácia, uma relação profissional calorosa entre enfermeiros e médicos e temos suporte organizacional. Também é importante minimizar os conflitos pessoais com os colegas e evitar a personalização, a ansiedade e a competição. Além de oportunizar uma comunicação clara, é uma ferramenta importante nas relações de equipe, possibilitando a interação entre as pessoas para que possam trocar ideias e informações além de expressar sentimentos e emoções (SILVA *et al.*, 2016; BRITO *et al.*, 2019).

Bissoli (2017) afirma que uma forma de reverter a situação é reduzir o sofrimento psíquico no ambiente de trabalho associando a uma melhor e mais clara divisão das tarefas entre os trabalhadores de enfermagem e os demais profissionais da saúde, a reposição dos trabalhadores faltantes, o apoio do supervisor e dos colegas quando a solução de problemas na clínica, o reconhecimento por parte dos superiores; a participação no processo de tomada de decisão, a oportunidade para desenvolver suas habilidades; e momentos para falarem sobre as tensões no trabalho.

O trabalho dos enfermeiros que administram as instituições de saúde é deveras desgastante, principalmente os que desempenham suas funções laborais em uma UTI, pois o desgaste físico, emocional e psicológico decorrente de diversas situações como o lidar com o óbito e o sofrimento de alguém, a falta de mão de obra o que sobrecarrega o setor, a pressão em precisar prestar uma tomada de decisão imediata, a função de gerenciar o setor, a falta de uma remuneração a altura de sua função, etc. Todos esses fatores e muitos outros podem desencadear o desenvolvimento de transtornos mentais nesses profissionais, o que requer uma maior atenção por parte dos que administram instituições de assistência em saúde, assim como toda a classe que compõe a enfermagem.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de transtornos mentais em enfermeiros e equipes não só impacta na qualidade de vida dos profissionais, mas está diretamente relacionado ao atendimento ao paciente, à prestação de assistência humanizada e integral. É fundamental que os profissionais, inclusive eles próprios, atentem para a gravidade dos riscos que correm tanto no trabalho quanto na vida pessoal quando desenvolvem transtornos mentais. A identificação desses fatores de risco pode ajudar na implementação de estratégias preventivas e intervenções de apoio.

REFERÊNCIAS

[1] ALVES, M. G.; FERREIRA, M.; PINTO, V. L.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Prevalência dedepressão e ansiedade entre enfermeiros portugueses: uma revisão sistemática e meta-análise. Enfermagem BMC, v17, n 1, p 1-13, 2018.

[2] ARAÚJO, A. F. et al. Estresse ocupacional de enfermeiros do Serviço De Atendimento Móvel de Urgência. Rev. Bras. Enferm., v. 73,supl. 1,e20180898,2020.

[3] ASSIS, B. B. et al. Fatores associados ao estresse, ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. Rev Bras Enferm. v 75, n 3, 2022.

[4] BAMBI, S., FOÀ, C., DELLAFIORE, F. et al. Prevalência e fatores associados ao burnout entre profissionais de saúde da UTI da linha de frente: uma revisão sistemática. 2019.

[5] BARDAQUIM, V. A. et al. Estresse e níveis de cortisol capilar entre a equipe de enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília ,v. 73, supl. 1, e20180953, 2020.

[6] BENITES, P. A.; FAIMAN, C. J. S. A saúde dos profissionais que atuam em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão sistemática. Saúde, Ética Justiça (Online). v 27, n 1, p:37-50, 2022.

[7] BRITO, T. B.; SOUSA, M. S. C.; RODRIGUES, T. S. Síndrome de Burnout: estratégias de prevenção e tratamento nos profissionais de enfermagem. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 56, n. S2, p. 113-122, 2019.

[8] CABRAL, J. V. B., NEVES, S. C.; OLIVEIRA, F. H. P. C. Estresse dos profissionais de enfermagem em Unidade de terapia intensiva (UTI). Revista Eletrônica "Diálogos Acadêmicos". 2016.

[9] CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M. E. B.; KIONNA, O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 41, n. 00, 2016.

[10] CASTRO, A. S.; ARBOIT, E. L.; ELY, G. Z. et al. Percepções da equipe de enfermagem acerca da humanização em terapia intensiva. Rev. Bras. Promoção Saúde, v 32, 2019.

[11] EMBRIACO, N., HRAIECH, S., AZOULAY, E. et al. Sintomas de depressão e ansiedade em adultos sobreviventes de UTI: uma revisão sistemática e metanálise. Medicina intensiva, v43, n 8, p:1085-1099, 2017.

[12] ESPERIDIÃO, E.; SAIDEL, M. G. B.; RODRIGUES, J. Mental Health: Focusing On Health Professionals. Rev. Bras. Enferm., v 73, 2020.

[13] FELLI, Vanda Elisa Andres et al. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências.Rev. esc. enferm. USP, São Paulo,v. 49,n. spe2, p. 98-105, 2015.

[14] FERNANDES, M. A.; SOARES, L. M. D.; SILVA, J. S. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. Rev Bras Med Trab, v 16, n 2, 2018.

[15] GAINO, L. V.; SOUZA, J.; CIRINEU, C. T.; TULIMOSKY, T. D. O conceito de saúde mental para profissionais da saúde: um estudo transversal e qualitativo. SAMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., vol.14, no.2, 2018.

[16] GONCALVES, D. M., STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 24, p.:380-390, 2008

[17] GOULARTE, P. N.; GABARRA, L. M.; MORÉ, C. L. O. A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional. Rev. Psicol. Saúde, v 12, n 1, p: 157-170, 2020.

[18] GRIFFITHS, P., BALL, J., MURRELLS, T. et al. Enfermeiro, profissional de saúde, níveis de pessoal médico e mortalidade em trusts hospitalares ingleses: um estudo transversal. BMJ aberto, v 8, n 7, e020888, 2018.

[19] INOUE, K. C. et al. Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico.Rev. bras. enferm.,Brasília ,v. 66,n. 5,p. 722729, 2013.

[20] LEITE, A. C.; SILVA, M. P. B.; ALVES, R. S. S. et al. Evidências científicas sobre os fatores de estresse em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, e3710212128 2021.

[21] MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem, v 18, n 3, 2010;

[22] MACHADO, E. R.; SOARES, N. V. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. R. Enferm. Cent. O. Min.; v 6, n 3, p: 2342-2348, 2016.

[23] MARTINEZ, M. C.; FISCHER, F. M. Fatores psicossociais no trabalho hospitalar: situações vivenciadas para desgaste no trabalho e desequilíbrio entre esforço e recompensa. Rev. bras. saúde ocup.,São Paulo, v.44, e12, 2019.

[24] MIRANDA,A. R. O.; AFONSO, M. L. M.; Estresse ocupacional de enfermeiros: uma visão crítica. Brazilian Journal of Development, v.7, n.4, p. 34979-35000, 2021.

[25] MOURA, R. C. D.; CHAVAGLIA, S. R. R.; COIMBRA, M. A. R. et al. Transtornosmentais comuns em profissionais de enfermagem de serviços de emergência. Rev Acta Paulista Enfermagem, v 35, 2022.

[26] NASCIMENTO, E. A.; LIMA, L. N. F.; PEREIRA, C. S. et al. As dificuldades da equipe de enfermagem frente à assistência humanizada na unidade de terapia intensiva. Brazilian Journal of Development, v.7, n.1, p. 17262-17272, 2021.

[27] NONNENMACHER, L. L.; LOIOLA, M. A.; SILVA, F. et al. Disorder in nursing professionals at the emergency room: systematic literature review. Rev Mult Psic., v 13, n 48, Supp 1, p:120-32, 2019.

[28] OLIVEIRA, V. P. S.; SILVA, H. R. Prevalência da síndrome de Burnout entre profissionais de saúde que atuam em unidades de terapia intensiva. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.2, p. 17863-17875, 2021.

[29] OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. (OPAS) Brasil. (2020). Dia Mundial da Saúde: OMS e parceiros pedem investimentos urgentes em profissionais de enfermagem. https://www.paho.org/pt/news/7-4-2020-amid-covid-19-pandemic- newwho-report-urges-greater-investments-nursing-workforce.

[30] ORNELL, F., et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. Cadernos de Saúde Pública, v.36, n.4, 2020;

[31] PAGNO, M. Ministério da Saúde. (2020). Resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia. https://antigo.saude.gov.br/noticias/agenciasaude/47527- ministerio-da-saudehttps://antigo.saude.gov.br/noticias/agenciasaude/47527- ministerio-da-saude-divulga-resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude- mental-na-pandemiadivulga-resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude- mental-na-pandemia.

[32] PEREIRA, A. C. C. et al. O agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde. Brazilian Journal of Health Review., v 4, n 2, p:4094-4110, 2021.

[33] PEREIRA, M. C. C.; CASTRO, S. F.; BRITO, E. S. Saberes e práticas do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva. Revista de Enfermagem, UFPE on line, 2019.

[34] RIBEIRO, C. A. P. S.; TROVO, M. M.; PUGGINA, A. C.. Relatos de vida e fotografia de pacientes sedados em UTI: estratégia de humanização possível?. Rev electrónica trimestral de enf., v. 16, n. 47, p. 56, 2017.

[35] RIBEIRO, R. P. et al. Prevalência da Síndrome Metabólica entre trabalhadores de Enfermagem e associação com estresse ocupacional, ansiedade e depressão. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto ,v. 23,n. 3,p. 435-440,jun.2015.

[36] ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. Rev Esc Enferm USP., v 49, n 1, p:129- 35, 2015.

[37] SILVA, A. B. N. et al. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança, v.14, n.1,p.79-86, 2016.

[38] SILVA, A. F.; ROBAZZI, M. L. C. C. Alterações mentais em trabalhadores de unidades de terapia intensiva. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., vol.15, no.3, 2019.

[39] SILVA, D.A.R.; PIMENTEL, R.F.W.; MERCES, M.C. Covid-19 and the pandemic of fear: reflections on mental health. Rev Saúde Publica, v.54, n.46, 2020

[40] SILVA, K. V.; GOMES, A. M. A.; MAIA, M. A, Q. Conhecimentos e práticas de cuidados humanizados por equipe multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva-UTI coronariana. Research, Society and Development, v. 10, n. 8, 2021.

[41] SILVA, J. L. L.; SOARES, R. S.; COSTA, F. S. et al. Fatores psicossociais e prevalência da Síndrome de Burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivista. Rev Bras Ter Intensiva 27 (2), 2015.

[42] SILVA, M. R.; PAZ, F. A. N. Fatores que predispõem a ocorrência de transtorno de ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem. Research, Society and Development, v. 11, n. 16, 2022.

[43] VIEIRA, T. G.; BECK, C. L. C.; DISSEN, C. M. et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Rev Enferm UFSM; v 3, n 2, p:205-214, 2013

CAPÍTULO

02 Enfermeiro na unidade de terapia intensiva no processo de doação de orgãos

Keitiane Holanda de Castro[1], Irlandia Pedrosa Ferreira[2], Graciana de Sousa Lopes[3]

1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem, nas últimas décadas, vem se caracterizando como profissão em contínuo desenvolvimento, conquistando novos horizontes e perspectivas, por meio do saber profissional e das pesquisas cientificas. Em consequência, promove assistência holística e humanizada às pessoas assumindo espaço concreto e visível nos sistemas de saúde.

Percebe-se que as emoções da equipe de enfermagem se modificam de acordo coma gravidade dos pacientes. Quando esses se encontram mais graves, necessitando de cuidados intensos e com risco iminente de morte, como em unidades de terapia intensiva (UTIs), o ambiente torna-se mais desgastante, exigindo maior adaptação dos profissionais (CAVALHEIRO, 2008).

Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO, 2011), consta que no Registro Brasileiro de Transplantes no ano de 2011 o Brasil atingiu a marca de

23.397 transplantes, tornando-se o maior sistema público de transplantes do mundo, com a meta superada de 10 doadores/milhão de população.

Atualmente, o transplante de órgãos e tecidos é considerado uma alternativa segura e eficaz para o tratamento de diversas doenças, sendo determinante na melhoria da qualidade e perspectiva de vida (ABTO, 2009).

O transplante de órgãos é, em muitos casos, a única alternativa terapêutica em pacientes portadores de insuficiência funcional terminal de diferentes órgãos essenciais. Nos últimos anos observa-se no Brasil e em outros países uma preocupante desproporção entre a demanda de órgãos para transplante e o número de transplantes efetivados (SHENIE, 2006, POWER, 2008).

Conhecer as atitudes e opiniões desses profissionais em relação à doação de órgãos torna-se importante nesse processo. Profissionais com uma atitude positiva sentem-se maisconfortáveis em realizar tarefas relacionadas ao processo de doação. Por outro lado, umaatitude negativa pode influenciar o processo de doação e gerar desconfiança por parte daspessoas que estão recebendo informações destes profissionais (VICARI, 2010).

Nesse contexto o objetivo deste estudo é: discutir sobre os aspectos relacionados à doação de órgãos, evidenciar obstáculos vivenciados pelos enfermeiros no processo de doação de órgãos e descrever condutas de enfermagem ao potencial doador de órgãos.

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: keitiane.holanda@gmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: lirlandia05@gmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ASPECTOS RELACIONADOS À MORTE ENCEFÁLICA.

Em 1997, mediante a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480/97, ocorreu à regulação do diagnóstico de Morte Encefálica (ME), sendo definido como a parada de todas as funções cerebrais, incluindo tronco cerebral, o que resulta no processo irreversível, que para isto seria realizado dois exames clínicos e um complementar (CFM, 2009; WESTPHAL, 2016).

A resolução 2.173 do Conselho Federal de Medicina, de 23 de novembro de 2017, trouxe mudanças na metodologia para determinar a morte encefálica, descrito logo no primeiro artigo desta resolução como serão os procedimentos para determinar a ME, iniciados em todos os pacientes que há suspeita de ME, sendo eles: coma não perceptivo; ausência de reatividade supraespinhal; apneia persistente, desde que eles atendam aos pré-requisitos (CFM, 2017).

Para os pré requistos, mantém-se a necessidade dos dois exames clínicos, estes, realizados por dois médicos diferentes, sendo a participação do neurologista não obrigatória, além deste, o intensivista e o emergencista fazem parte dos especialistas, devidamente capacitados, podem realizar também a determinação da morte encefálica. Outra mudança foi sobre a redução do intervalo de tempo entre o primeiro e o segundo exame clínico, levando em conta a faixa etária (BRASIL, 2017; CFM, 2017).

O teste de apneia é obrigatório e é realizada uma única vez, após a efetivação dos pré – requistos: preparação do teste de apneia (monitorar e estabilizar o paciente), interrupção da ventilação mecânica com suplementação de oxigênio (Método convencionalou aplicação de CPAP); constatação de apneia (ausência de movimentos respiratórios espontâneos após estimulação máxima do centro respiratório); interrupção do teste interpretação (teste positivo, inconclusivo ou negativo), também era obrigatória a obtençãode pressão parcial de oxigênio arterial e pressão parcial de dióxido de carbono antes da interrupção da ventilação mecânica, porém, com retificação publicada em 23 de novembro de 2018, definiu-se que esses valores gasométricos devem ser alcançados idealmente, mas não obrigatoriamente (CFM, 2017).

Mantém- se obrigatoriamente o exame complementar em todos os casos e os exames autorizados para o diagnóstico sendo eles: arteriografia cerebral, Doppler transcraniano, cintilografia cerebral e eletroencefalograma. A determinação da ME é um atolegal e deve ser documentada pela equipe médica que realizou os procedimentos diagnósticos no Termo de Declaração de Óbito (DO), os dados devem os mesmos registrados em prontuário e laudos médicos, garantido que os pré-requisitos fisiológicos tenham sido atendidos (WESTPHAL, 2021).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que é um método que tem a finalidade de sintetizar os resultados obtidos sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, em ordem e com abrangência. Tem essa denominação por fornecer informações amplas, com isso o pesquisador pode formar uma revisão integrativa com diversas finalidades, seja ela direcionada para a definição de conceitos, como o próprio nome já diz: revisar teorias ou analisar as metodologias dos estudos achados de um tópico em questão (ERCOLE, MELO & ALCOFORADO, 2014).

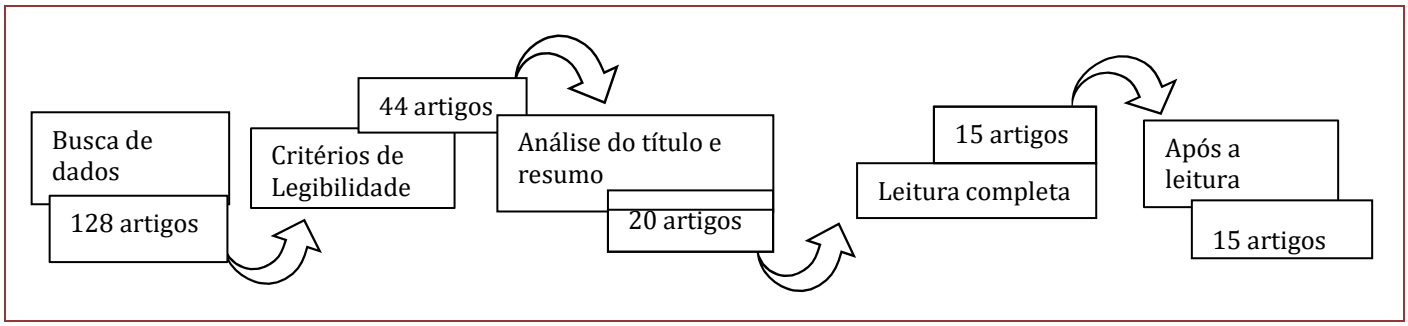
Para coleta de dados, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO) e Bancos de Dados em Enfermagem (BDENF) mediantes os seguintes descritores: “enfermagem”, “doação de órgãos”, “assistência de enfermagem”, “condutas de enfermagem”. “obstáculos”

Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, trabalhos de conclusão de curso, revisões de literatura e pesquisa de campo, disponibilizados online e gratuitamente, em língua portuguesa e língua inglesa, publicados no período de 2017 a 2022, bem como Literaturas acadêmicas e Manuais do Ministério da Saúde que tratam do tema pesquisado. Critérios de inelegibilidade foram: Artigos com texto incompleto, resumos, monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado.

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade e inelegibilidade a partir dos títulos, posteriormente foi realizada a análise de resumos e finalmente os artigos foram lidos na integra, sendo elaborado um instrumento para a coleta de informações direto das bases de dados, baseado nos objetivos específicos: 1. Evidenciar obstáculos vivenciados pelos enfermeiros no processo de doação de órgãos 2. Descrever condutas de enfermagem ao potencial doador de órgãos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura 1. Fluxograma dos Resultados.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Identificaram-se no total cento e vinte e oito (128) publicações, destas, seguindo os critérios citados foram excluídos cento e quinze (115) trabalhos identificados através depesquisas em outras fontes de dados, permanecendo quinze (15) estudos, sendo estes publicados nas plataformas Scielo e BDENF. Os resultados apresentados acima foram dispostosna Figura 1.

A partir dos artigos analisados e selecionados, foi produzido um Quadro na qual contém as informações dos artigos lidos e estudados como: Título, Autor, ano de publicação, idioma, resultados e categoria: 1. Evidenciar obstáculos vivenciados pelos enfermeiros no processo dedoação de órgãos e 2. Descrever condutas de enfermagem ao potencial doador de órgãos.

Quadro 1: Artigos selecionados para revisão.

N°	AUTOR/ANO/ IDIOMA	TÍTULO	BASES DE DADOS	RESULTADOS
1	Paim, Sibele Maria Schuantes et al. / 2021/ Português (Categoria II/I)	Biovigilância no processo de doação de órgãos e tecidos durante a pandemia: desafios para o enfermeiro	SCIELO	Monitoramento e controle no processo de doação de órgãos baseado nas questões clínicas, sociais, físicas e laboratoriais, a investigação clínica do potencial doador por meio do exame físico detalhado, ainvestigação familiar e comunitária do potencial doador.
2	Tolfo, Fernando, et al./ 2021/ Inglês (Categoria I/II)	Obtenção de tecidos eórgãos: ações potencializadoras do enfermeiro à luz do pensamento ecossistêmico	SCIELO	As ações relacionadas ao acolhimento familiar sãoações confirmadas pelos enfermeiros como algo importante a ser construído e que possibilita aumento das taxas de doação de órgãos, a capacitação profissional dos enfermeiros
3	MARVAN, Ma. Luisa; et al./ 2020/ inglês (Categoria I)	Conhecimentos geraise atitudes em relação à doação de órgãos em uma amostra de estudantes mexicanosde medicina e enfermagem.	SCIELO	Os participantes, principalmente os estudantes de enfermagem, apresentaram um nível de conhecimentoinadequado sobre a doação de órgãos. Muitos deles acreditam falsamente que é possível se recuperar da morte encefálica, que há uma limitação de idade para a doação de órgãos.
4	Figueiredo, Clesyane Alves, et al. /2020/ Português (Categoria I)	Equipe de enfermagem na doação de órgãos: revisão integrativa de literatura	SCIELO	O sistema de captação e doação de órgãos apresentafragilidades administrativas além da falta de conhecimento e dificuldade por parte dos familiares emaceitar a morte encefálica são evidenciados como desafios para a equipe de enfermagem.
5	LIMA, Ângela Beatriz de Castro et al. /2020/ Português (Categoria I)	Doação De Órgãos eTecidos Para Transplantes: Conhecimento, Atitude E Prática	SCIELO	Os enfermeiros apresentaram melhor desempenho relacionado a atitude, segundo prática e por último conhecimento indicando ciência das atitudes que devem tomar diante do potencial doador, porém em menor fundamentação teórica.
6	Cordeiro, et al. / 2020/ Português (Categoria I)	Fragilidades do conhecimento das equipes de unidade decríticos relacionadasao processo de doação de órgãos e tecidos.	SCIELO	Há fragilidade de conhecimento dos referidos profissionais acerca da sequência correta do processode doação de órgãos e tecidos, em especial quanto aoscritérios que impedem o início do diagnóstico de MorteEncefálica, que pode contribuir para retardar o início deste diagnóstico.
7	LOPES, et al./ 2018/ Português (Categoria I)	Produção científica sobre as contribuições fenomenológicas parao estudo da tanatologia na enfermagem.	SCIELO	Relata-se que a doação de órgãos após a finitude da vida é escassa, fato este que se deve a ausência de conhecimento, consciência e atitude de doar. Para queocorra esta mudança se faz necessário a compreensãoda doação de órgãos por parte dos enfermeiros.
8	Knihs, Neide da Silva et al./2022/ inglês (Categoria II)	Ações de cuidados naobtenção de tecidos e órgãos durante a pandemia de COVID-19: estudo de métodos mistos	SCIELO	Nas rotinas que auxiliaram a triagem do PD de órgãosdiante da situação de pandemia, destacam-se as estratégias adotadas pelos profissionais de enfermagem como: ações de cuidados na avaliação, investigação, e rastreamento de possíveis indicativospara COVID-19.

4.1. OBSTÁCULOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.

Nos achados de Vieira & Nogueira (2015) e Figueiredo, Pergola-Marconato & Saidel (2020), é que o sistema de captação e doação de órgãos apresenta fragilidades administrativas e estruturais como: disponibilidade durante 24 horas do exame para o diagnóstico de ME, além da falta de conhecimento e dificuldade por parte dos familiares em aceitar a morte encefálica são evidenciados como desafios para a equipe de enfermagem, indica-se ainda dificuldade por parte dos enfermeiros na questão emocional dos familiarese desconhecimento e falta de apoio dos profissionais da assistência sobre o processo de doação de órgãos e tecidos.

Recursos humanos e financeiros são problema para que alguns potenciais doadores não se efetivem como doadores, sendo a atenção fornecida por neurologista, profissionais estruturantes para o processo de manutenção sem os quais não há abertura de protocolo e ainda, o fator cultural, influenciando também no processo. Há também problema na logística de recursos e equipamentos para análise laboratorial e disponibilidade de espaçoe tecnologia que influenciam na tomada de decisão entre um potencial doador ou não, quanto sua estadia na UTI (COSTA, 2017).

Os resultados apresentados por Lopes Joaquim, et al (2018) e Cordeiro, et al (2020), demonstram que a doação de órgãos após a finitude da vida é escassa, fato este que se deve à ausência de conhecimento, consciência e atitude de doar. Considera-se que há fragilidade de conhecimento dos referidos profissionais acerca dessa temática, em especial quanto aos critérios que impedem o início do diagnóstico de Morte Encefálica que pode contribuir para retardar o início deste diagnóstico sendo a principal déficit o da capacitação profissional, sugerindo- se que a mudança ocorra através de estratégias educacionais junto aos enfermeiros que apresentam falta de conhecimento teórico e prático sobre a temática.

A falta de treinamento específico pode comprometer o trabalho e os resultados, é importante uma reflexão sobre a importância e necessidade de os profissionais de saúde possuírem domínio acerca de suas práticas de trabalho e sobre a rotina de enfermidades especificas. O Ministério da Saúde propõe como ação a Educação Permanente em Saúde (EPS) para mudanças nas estratégias de organização, gestão e exercício da atenção em saúde, além desta ser importante para a qualificação profissional (BRASIL, 2023; DE OLIVEIRA, 2019).

Senna, et al. (2020), observou que há fragilidades nas etapas do processo de identificação como: dificuldade para avaliar critérios de contraindicação absoluta para a doação, dúvidas em relação aos exames a serem realizados para o diagnóstico de morte encefálica e baixa capacitação, insegurança nos cuidados de sinais vitais, hipotermia, volume de diurese, entre outros. Enquanto a complexidade do processo de doação de órgãos tem seus aspectos emocionais, é possível compreender que os enfermeiros têm ciência da importância da doação de órgãos, mas muitas vezes deixando de lado, alegando número insuficiente de recursos humanos, falta de apoio da instituição onde trabalham, faltade equipamento e espaço físico além do não reconhecimento de suas atividades e o papeldefinido quantos aos cuidados acabam causando estresse e insatisfação.

Pinheiro et al., (2019) e Soares et al. (2019), avaliam vários artigos que relatam diversos erros nos registros de enfermagem referentes aos aspectos éticos e legais, como: letra ilegível, rasuras, uso de corretor gráfico, anotações por turno e não por horário, e ainda registros escassos que podem comprometer a assistência prestada ao cliente, bem como

gerar danos a instituição e a equipe multidisciplinar, destacam ainda a falta de qualificação dos profissionais no tocante aos registros de enfermagem e a importância destes para qualificação da assistência aos pacientes.

4.2. CONDUTAS DE ENFERMAGEM AO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS.

A revisão feita por Dias et al. (2022), mostrou que há um elevado número de estudantes brasileiros de medicina interessados e dispostos a doas os órgãos, no entanto, Santos et al. (2016), em sua pesquisa realizada em uma universidade do estado da Bahia, mostrou a diferença estatística significativa para atitude mais favorável de doação de órgãos com o avanço dos períodos na graduação, assim como os estudantes de enfermagem mostraram atitudes positivas em relação a vontade de se tornar doador de órgãos (FREIRE et al., 2015; COSTA et al., 2018).

Contudo, uma pesquisa descreveu uma população na qual 30% declararam interessados em doar seus órgãos depois da morte, já os que não se declararam, justificaram sua decisão por falta de conhecimento, o sentimento de medo por logo pensarem no comércio de órgãos mostrando-se não saberem sobre a legislação brasileira. Em termos de conhecimento citado fica evidente que os estudantes julgam tê-lo de maneira insuficiente, e outras pesquisas ainda ressalta haver dúvidas sobre quais órgãos podem ser doados em vida ou após a morte. Importante ressaltar que o comercio de órgãos, tecidos e partes do corpo é extremamente proibido na Constituição Federal Brasileira estando expresso na Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997 (BISPO, LIMA E OLIVEIRA, 2016; SANTOS et al., 2016; MUSA et al., 2020).

Tolfo, et al (2021) e Fernández-Alonso, et al (2022) enfatizam os relatos dos entrevistados de seu estudo que as ações relacionadas ao acolhimento familiar e a relação próxima ao enfermeiro é fundamental destacando: a gentileza, o carinho e a consideração que sentiam, do acompanhamento das famílias e atendimento de suas necessidades, a comunicação com os enfermeiros foi de elemento fundamental, são ações confirmadas pelos enfermeiros como algo importante a ser construído e que possibilita aumento das taxas de doação de órgãos, sugerem – se que a capacitação profissional dos enfermeiros é uma alternativa viável para incrementar essas taxas: entendendo os formulários, como entrevistar, esclarecimento ao familiar ou paciente de maneira adequada e correta.

No estudo de Lima, et al (2020), envolvendo enfermeiros que integram comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes, demonstram resultadosda análise comparativa entre escores das medianas de conhecimento, atitude e prática dosprofissionais e variáveis, são de elevados scores, com significância estatística específica na área e entre os que se sentem preparados para a condução do processo de captação. Na prática, somaram maiores pontuações os profissionais que participam do curso de formação para CIHDOTT e entre os que não identificaram empecilhos para desenvolver o trabalho. À medida que o escore do conhecimento aumenta, aumenta também o escore daprática.

Pedroso Alves, et al (2019), evidencia em seu estudo que a assistência é pautada na ciência, seguindo-se as recomendações da AMIB (Associação Brasileira deEnfermagem e Terapia Intensiva), que seguem recomendações internacionais, além do cuidado humanizado se manter presente na rotina da assistência, a competência do enfermeiro de avaliar não somente a hipótese diagnostica, mas também as condições clínicas do paciente

no processo de Morte Encefálica, fazendo este potencial doador o maisestável possível para que os órgãos estejam viáveis para doação.

Sindeaux, et al (2021), salienta que o conhecimento e habilidade são importantes efundamentais para as condutas normalmente realizadas, sendo elas: assistências de enfermagem, gerenciamento e execução, validando a aplicação da Sistematização de Assistência de Enfermagem, assegurando que as condutas viabilizem a doação, além do conhecimento integro da teoria e sinais e sintomas da morte encefálica proporcionando diálogo franco com o familiar em casos de dúvidas. É importante que o profissional de enfermagem reconheça sinais de complicações de determinados órgãos o que pode possibilitar adoção de ações precoces para preservação do órgão.

Neste contexto, Knihs, et al (2020), avaliou 104 prontuários, sendo 73 da instituiçãoA e 31 da Instituição B; 93,7% das atividades de gerenciamento ao cuidado são exercidas pelos enfermeiros como: registro de informações da condição do possível doador, encaminhamento de documentos e exames conforme solicitados, 98,6% participam da comunicação da morte junto a equipe de saúde, 97,3% participam da entrevista familiar e 71% desenvolvem ações de monitoramento do potencial doador. O acolhimento da famílianeste estudo não foi expressivo, revelando ainda a fragilidade no registro e descrição das ações desenvolvidas na assistência nos prontuários dos pacientes, com informações incompletas, deixando dúvidas em relação à realização.

Dentre os artigos incluídos na revisão, Marvan, Orihuela-Cortes & Rio (2020), os estudantes de enfermagem, apresentaram um nível de conhecimento inadequado sobre a doação de órgãos, muitos deles acreditam falsamente que é possível se recuperar da morte encefálica, a maioria dos alunos também acredita falsamente que há uma limitação de idade para a doação de órgãos e que as religiões predominantes no México se opõem à doação de órgãos. Houve relação negativa entre conhecimento e atitudes desfavoráveis à doação de órgãos.

No processo de condutas de enfermagem ao potencial doador de órgãos, em especial durante a pandemia por SARS-COV-2, Paim, et al (2021) e Knihs, et al (2022), identificaram que o monitoramento e controle no processo de doação de órgãos baseado nas questões clinicas, sociais, físicas, laboratoriais, rastreamento, a cultura de segurança no processo de doação, ações de cuidados na avaliação e investigação de possíveis indicativos para COVID-19 além de sinais e sintomas, a epidemiologia junto as unidades de saúde próxima ao paciente bem como o trajeto que passou envolvendo a equipe de saúde foram estratégias criadas pelos enfermeiros durante a Pandemia, com objetivo de manter a segurança desse Potencial Doador.

As recomendações sobre o manejo clínico aos potenciais doadores iniciam-se por cuidado ventilatório, usando esta uma estratégia protetora, os cuidados hemodinâmicos, omanejo endócrino e eletrolítico, além do suporte nutricional, infecção e sepse apesar do risco de transmissão de infecção bacteriana entre doador e receptor ser baixo e a infecção não parece comprometer os desfechos, respectivamente. Temos o controle da temperatura corporal, transfusão de hemácias e ainda uso de protocolos guiados por metas, que são protocolos de manutenção do PD guiados por checklists (WESTPHAL, 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar os obstáculos e condutas por parte do enfermeiro no processo de doação de órgãos, percebe-se que a equipe de enfermagem tem a responsabilidade de conduzir a assistência ao potencial doador e tem obstáculos, sejam eles: materiais, estrutura, abordagem ao familiar do potencial doador e conhecimento sobre o processo dedoação de órgãos. É necessário que haja devida atenção e abordagem de conhecimento aos enfermeiros que lidam com essa área e mais ainda daqueles que não trabalham diretamente, mas que podem fazer com que potenciais doadores sejam conquistados através do conhecimento técnico e científico em sua assistência. A capacitação profissional e a conscientização de que mesmo que não haja cirurgias de transplante de órgãos em determinados estados, há a possibilidade de haver doadores.

REFERÊNCIAS

[1] ABTO. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dimencionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. Registro Brasileiro de Transplantes (São Paulo). 2016; 22(4)

[2] ABTO. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017). Registro Brasileiro de Transplantes [Internet]. 2011 [acesso em 2022 jun 08];23(4). Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf.

[3] ABTO. Diretrizes básicas para captação e retirada de multiplos órgão e tecidos da associação brasileira de transplante de órgãos / [coordenação executiva roni de carvalho fernandes, wangles de vasconcelos soler ; coordenação geral walter antonio pereira]. -- são paulo : abto - associação brasileira de transplante de órgãos, 2009.

[4] BISPO, C.R.; Lima, J.C. & Oliveira, M.L.C. (2016). Doação de órgãos: uma perspectiva de graduandos de enfermagem. Revista Bioética [online], 24 (2): 386-94, doi: 10.1590/1983- 80422016242139

[5] BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília (Brasil), 1988.

[6] BRASIL. Organização de Procura de Órgãos. Ministério da Saúde. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos/organizacao-de-procura-de-orgaos-etecidos> Acesso em: 26/03/2023.

[7] BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9175,de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento[Internet]. Brasília (DF): Casa Civil; 2017. [citado 2022 out 01]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015- 2018/2017/Decreto/D9175.htm

[8] CAVALHEIRO, A. M, MOURA, D.F. JUNIOR LOPES, A. C. Estresse de enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva. Rev latino-am enfermagem 2008 janeiro; 16(1):25-32. 4.

[9] CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução. nº 2173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2017. [citado 2022 out01]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173 CORDEIRO, Tamara Vieira, KNIHS, Neide da Silva, MAGALHÃES, Aline Lima Pestana, BARBOSA,Sayonara de Fátima Faria; PAIM, Sibele Maria Schuantes. Fragilidades do conhecimento dasequipes de unidades de críticos relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos. Cogitareenferm. 25: e66128,2020. Acesso em: 26 de setembro de 2022. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/66128/pdf>.

[10] COSTA, Israel Ferreira da et al. Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. Revista Bioética [online]. 2017, v. 25, n. 1 [Acessado 26 Março 2023], pp. 130-137. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251174>. ISSN 1983-8034. https://doi.org/10.1590/1983-80422017251174.

[11] COSTA, J.R.; Angelim, C.G.; Lira, G.G.; Marinho, C.L.A. & Fernandes, F.E.C.V. (2018). Intenção de doar órgãos em estudantes de enfermagem: influência do conhecimentona decisão. RevistaNursing, 21(239): 2104-2109.

[12] DE OLIVEIRA, Alcione Viana et al. Doação de órgãos e tecidos: a necessidade da educação permanente em saúde. 2019. Disponível em: http://hdl.handle.net/1843/32092. Acesso em: 26/03/2023

[13] DIAS, Letícia Menezes et al. Percepção de estudantes da saúde sobre a doação de órgãos no Brasil: uma revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 11, n. 5, p. e21011527945-e21011527945, 2022. Diretrizes básicas para captação e retirada de multiplos órgão e tecidos da associação brasileira de transplante de órgãos / [coordenação executiva roni de carvalho fernandes, wangles de vasconcelos soler ; coordenação geral walter antonio pereira]. -- são paulo : abto - associação brasileira de transplante de órgãos, 2009.

[14] ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 9-12,2014.

[15] FERNÁNDEZ-ALONSO, Víctor et al. Experiência de famílias de doadores falecidos durante o processo de doação de órgãos: um estudo qualitativo. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2022, v. 35 [Acessado 26 Setembro 2022], eAPE039004334. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO004334 https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0043349>. Epub 06 Jun 2022. ISSN 1982-0194. https://doi.org/10.37689/acta- ape/2022AO004334.

[16] FIGUEIREDO, Clesyane Alves, Pergola-Marconato, Aline Maino e Saidel, Maria Giovana Borges. Equipe de enfermagem na doação de órgãos: revisão integrativa de literatura. Revista Bioética [online]. 2020, v. 28, n. 1 [Acessado 26 Setembro 2022] , pp. 76-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281369>. Epub 30 Mar 2020. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281369>.

[17] FIGUEIREDO, Clesyane Alves, Pergola-Marconato, Aline Maino e Saidel, Maria Giovana Borges.Equipe de enfermagem na doação de órgãos: revisão integrativa de literatura. Revista Bioética [online]. 2020, v. 28, n. 1 [Acessado 23 Março 2023], pp. 76-82. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/1983-80422020281369>. Epub 30 Mar 2020. ISSN 1983-8034. https://doi.org/10.1590/1983-80422020281369.

[18] FREIRE, I.L.S.; Dantas, B.A.S.; Gomes, A.T.L.; Silva, M.F.; Mendonça, A.E.O. & Torres, G.V. (2015). Aspectos éticos e legais da doação de órgãos e tecidos: visão dos estudantes de enfermagem. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 5(2): 1594-1603, doi: 10.19175.

[19] KNIHS, Neide da Silva et al . Assessment of safety culture in organ donation. Rev. Bras. Enferm., , v.73,n.2,e 20180514,2019. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000200183&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 23 mar. 2023.Epub 30-Mar-2020. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0514.

[20] KNIHS, Neide da Silva et al. MANAGEMENT OF NURSE CARE IN THE ORGAN AND TISSUE DONATION PROCESS. Texto contexto - enferm., , v. 29, e20180445, dez. 2020 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100393&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 nov. 2022. Epub 22-Jan-2021. http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0445.

[21] KNIHS, Neide da Silva et al. Care actions in obtaining tissues and organs during the COVID-19 pandemic: a mixed methods study. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2022, v. 75, n. Suppl1 [Accessed 26 September 2022] , e20210613. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0613>. Epub 06 June 2022. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0613.

[22] LIMA, Angela Beatriz de Castro; FURIERI, Lorena Barros; FIORIN, Bruno Henrique; ROMERO, Walckiria Garcia; LIMA, Eliane de Fátima Almeida; LOPES, Andressa Bolsoni; FIORESI, Mirian. Doação De Órgãos e Tecidos Para Transplantes: Conhecimento, Atitude e Prática. Revista mineirade enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Programa Mestrado Profissional em Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Vitória, ES – Brasil. 2020. Acesso em 26 de setembro de 2022. Disponivel em:< http://reme.org.br/artigo/detalhes/1455>.

[23] LOPES JOAQUIM, Fabiana et al. Produção científica sobre as contribuições fenomenológicas parao estudo da tanatologia na enfermagem. Rev Cubana Enfermer, Ciudad de la Habana , v. 34, n. 3,e1197, sept.

2018. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192018000300015&lng=es&nrm=is o>. accedido en 28 sept. 2022. Epub 01-Sep-2018.

[24] MARVAN, Ma. Luisa; ORIHUELA-CORTES, Fabiola; RIO, Asunción Álvarez del. General Knowledge and Attitudes Toward Organ Donation in a Sample of Mexican Medical and Nursing Students. Rev. Cienc. Salud, Bogotá , v. 18, n. 2, p. 9-28, Aug. 2020 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732020000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Sept. 2022. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9240>.

[25] MUSA, G.N.; Silveira, A.T.; Rocha, D.F. & Treviso, P. (2020). Processo de doação e transplante de órgãos e tecidos: conhecimentos de acadêmicos de enfermagem, psicologia e serviço social. Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro),12: 1066-1073, doi: http://dx.doi.org/ 0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7545

[26] PAIM, Sibele Maria Schuantes et al. Biovigilância no processo de doação de órgãos e tecidos durante a pandemia: desafios para o enfermeiro. Escola Anna Nery [online]. 2021, v. 25, n. spe [Acessado 26 Setembro 2022] , e20210086. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465- EAN-2021-0086>. Epub 30 Jun 2021. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0086>.

[27] PEDROSO ALVES, M., Rodrigues, F. S., Santos da Cunha, K., Dorneles Callegaro Higashi, G., Regina Pereira do Nascimento, E., & Lorenzini Erdmann, A. (2019). PROCESSO DE MORTE ENCEFÁLICA: SIGNIFICADO PARA ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. Revista Baiana De Enfermagem, 33. https://doi.org/10.18471/rbe.v33.28033 PinheiroAB.et al. (2019). Registro da assistência de enfermagem: visão dos gestores deenfermagem de duas unidades hospitalares do sertão central cearense.Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), 4 (1), 1-6. Disponível em: http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/2689

[28] POWNER, D. Aggressive donor care--to what end? J intensive care med. 2008;23(6):409-11. Sampaio, J.E.; Fernandes, D.E. & Kirsztajn, G.M.(2020). Knowledge of medical students on organ donation. Revista da Associação Médica Brasileira, 66(9): 1264-1269, doi: 10.1590/1806- 9282.66.9.1264.

[29] SANTOS, I. M. R. dos, Dantas, H. L. D. L., Silva, J. C. da, Silva, D. P. da, & Torres, P. M. F. (2018). A importância da anamnese e do exame físico para a prática de enfermagem: relato sobre a experiência acadêmica. Gep News, 2(2), 157–162. Recuperado de https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/5540.

[30] SANTOS, R.J.; Lins, L.; Santos, M.R.C.; Menezes, M.S.; Carvalho, F.A.R. & Carvalho, F.M. (2016). Aspectos éticos dos transplantes de órgãos na visão do estudante de medicina: um estudo comparativo. Revista Bioética, 24(2): 344-354, doi: 10.1590/1983-80422016242135.

[31] SENNA, Carla Vieira Amante, MARTINS, Tatiana, KNIHS, Neide da Silva, MAGALHÃES, Aline Lima Pestana, PAIM, Sibele Maria Schuantes. Fragilidades e potencialidades vivenciadas pela equipe desaúde no processo de transplante de órgãos: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 9º de julho de 2020 [citado 22º de novembro de 2022];22:58317. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/58317

[32] SHEMIE, S.D, ROSS, H., PAGLIARELLO, J., BAKER, A.J, GREIG, P. D, BRAND, T., COCKFIELD,S., KESHAVJEE, S., NICKERSON, P., RAO, V., GUEST, C., YOUNG, K., DOIG, C.; pediatric recommendations group. Organ donor management in canada: recommendations of the forum on medical management to optimize donor organ potential. Cmaj. 2006;174(6):s13-32.

[33] SINDEAUX, Ana Cássia Alcântara et al. Cuidados de enfermagem dispensados ao potencial doador de órgãos em morte encefálica: uma revisão integrativa. Nursing (São Paulo), v. 24, n. 272, p. 5128-5147, 2021.

[34] SOARES, Letícia Santana da Silva et al. Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2020, v. 29, n. 1 [Acessado 8 Junho 2022] , e2018512. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100014>. Epub 3 Abr 2020. ISSN 2237-9622. https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100014.

[35] TOLFO, Fernando et al. Obtaining tissues and organs: empowering actions of nurses in the light of ecosystem thinking. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2021, v. 74, n. 2 [Accessed 26 September

2022] , e20200983. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0983>. Epub 21 May 2021. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0983>.

[36] Vieira, Milleni Sousa; Nogueira, LídyaTolstenko. O processo de trabalho no contexto da doação de órgãos e tecidos. Rev. enferm. UERJ ; 23(6): 825-831, nov./dez. 2015. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-91584

[37] WESTPHAL, G. A, Garcia V. D, Souza, R. L, Franke, C. A, Vieira, K. D, Birckholz, V. R. Z et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev BrasTer Intensiva [Internet]. 2016.

[38] WESTPHAL, Glauco Adrieno et al. Diretrizes brasileiras para o manejo de potenciais doadores de órgãos em morte encefálica. Uma força-tarefa composta por Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos,|Brazilian Research in Critical Care Networke Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]. 2021, v. 33, n. 1 [Acessado 30 Abril 2023], pp. 1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210001>. Epub 19 Abr 2021. ISSN 1982-4335. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210001.

[39] VICARI, A. R. **Atitudes da equipe assistencial em relação à doação de órgãos em hospitais de porto alegre [dissertation].** Porto alegre, universidade federal do rio grande do sul; 2010. 95p.

CAPÍTULO

03

Análise de dados epidemiológicos da rabdomiólise no estado do Amazonas, no ano de 2021

Luiz Henrique dos Santos Leite[1], Rebeca Arce da Silva[2], Graciana de Sousa Lopes[3]

1. INTRODUÇÃO

A rabdomiólise é uma patologia que causa danos excessivos ao sistema musculoesquelético. Esta é causada principalmente pelo estresse excessivo dos músculos do esqueleto que acabam por liberar uma alta quantidade de algumas toxinas e uma proteína chamada de mioglobina, no organismo humano, podendo assim, nos casos de superprodução, afetar outros tecidos e órgãos importantes, como os rins. (PINTO, 2019)

De acordo com a Portaria n° 129 do Cmt do Exército e Rosa et al. (2005), a rabdomiólise é uma patologia que causa danos em células musculares, culminando em morte celular, ocorrendo assim, um extravasamento destas substâncias para o sistema circulatório, ocasionando manifestações clínicas nos pacientes acometidos. Dentre estas manifestações podem ocorrer desde o desequilíbrio na produção de algumas substâncias, que em grande quantidade se tornam tóxicas ao organismo humano, podendo passar despercebida, há manifestações clínicas graves, como problemas renais e cardíacos, ocasionando em alguns casos, óbito.

Enquanto a fisiopatologia da rabdomiólise, os autores Souza (2015) (Rosa et al., 2005; Qian e Sha, 2018; Yang et al., 2018) dizem que esta doença pode ser causada por: lesões musculares diretas; drogas e toxinas; fatores que comprometem os genes, causando deficiência na produção energética; infecções; atividade física excessiva; isquemia etc.

Sendo assim, visto que a rabdomiólise pode ser desencadeada devido a uma gama de motivos, foi percebido que ela está relacionada, comumente, também à uma outra doença, a síndrome de Haff. Para (Jeddeloh e Haffkrankheit, 1939; Júnior et al., 2013), a síndrome de Haff era uma doença, até então desconhecida, portanto, foi reconhecida "recentemente" pela primeira vez na costa de Königsberg Haff, na Rússia, em 1924. Após a sua descoberta, alguns anos depois, cerca de mil pessoas foram diagnosticadas com esta mesma doença, no mesmo local. Segundo estudos, a principal teoria era de que a doença estava sendo causada devido a uma ou mais toxinas derivadas dos peixes do local, causando quadros de rabdomiólise.

Normalmente, a síndrome anteriormente mencionada, tem sua sintomatologia clínica bem variada, podendo levar seu hospedeiro ao óbito, porém, de rápida recuperação, se tratada de forma adequada. Seus principais sintomas podem incluir: rigidez muscular súbita e intensa, dor abdominal progressiva, difusa e excruciante, palpitações, vômitos, polimialgia progressiva (predominantemente nos membros inferiores), astenia física, fraqueza muscular incapacitante, urina de cor escura e consequentemente rabdomiólise, demonstrando na maioria dos casos a ausência de febre

[1] Acadêmico de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: l.h.santosleite@hotmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: rebeca.arce1@hotmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

(JEDDELOH E HAFFKRANKHEIT, 1939; JÚNIOR ET AL., 2013; DOS SANTOS ET AL., 2009). A síndrome de Haff geralmente leva 24 horas para finalizar o seu período de incubação, no entanto, os sinais clínicos podem vir a aparecer logo após a ingestão de algum peixe contaminado.

No Brasil, um dos primeiros casos, epidemiologicamente relevantes, da doença de Haff foi diagnosticado em meados de 2008, no Norte do país, no estados do Amazonas, na região amazônica, após o consumo de peixes de água doce, como, Tambaqui-colossama de barbatana preta (Colossama macropomum), Pacu-dólar (Mylossoma spp), Pirapitinga-pompano (Piaractus brachypomus) (dos SANTOS et al., 2009). Posteriormente, surgiram outros casos em 2016 e 2017, no Nordeste, no estado da Bahia, em seguida, o Sudeste do país, no estado de São Paulo (PEI et al., 2019; SVS-MS, 2021).

Logo, no que concerne o destaque da síndrome de Rabdomiólise relacionada a pescados no estado do Amazonas, o presente trabalho tem como objetivo identificar os principais aspectos e prevalência dos casos notificados pela Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) , bem como outros dados de domínio públicos a nível nacional, analisando as principais áreas territoriais em que foram diagnosticados a doença de Haff, identificar sexoe faixa etária, discutir acerca das características clínicas da patologia, afim de coletar dadosrelevantes que possam contribuir para um maior reconhecimento da doença.

A Rabdomiólise relacionada a doença de Haff é grave e emergente, podendo levar o paciente acometido ao óbito se não houver um tratamento adequado e imediato (ROSA et al., 2005; ZHANG, 2012). É importante ressaltar que a doença de Haff aumenta conforme o crescimento populacional e consumo de pescados em água doce. (MARTELLI, 2021). Portanto, se trata de uma condição grave que necessita de medidas preventivas e base de conhecimentos, por se tratar de uma patologia pouco conhecida.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho descritivo, retrospectivo e quantitativo com coleta de dados de domínio público na plataforma da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS). Quando se trata de algo de domínio público, precisa-se ter em mente que o significado se traduz de forma a entender que já não há um titular exclusivo de determinada obra, logo, todos podemutilizá-la em prol de um objetivo comum, sem precisar da autorização de um titular e sem ter que pagar algum valor em troca pela utilização dos dados em questão. Não se deve confundir de forma equivocada, o termo Domínio público com propriedade pública, sendo este equivalente a dados pertencentes ao Estado (GUEIROS, 2005).

O estudo será realizado com dados do Amazonas, que ocupa uma área territorial de 1.559.167,878 km^2, apresentando uma estimativa populacional com cerca de 4.269.995 pessoas (IBGE, 2021).

A amostra da pesquisa será constituída pela quantidade de casos confirmados e notificados de Rabdomiólise no Amazonas, disponíveis nos Boletins Epidemiológicos (BE) de n° 07, disponibilizados pela FVS no ano de 2021, com acesso irrestrito no endereço eletrônico: Portal FVS-RCP/AM.

Foram gerados gráficos e tabelas mostrando o crescimento de número de casos de Rabdomiólise relacionada à Síndrome de HAFF no período descrito conforme os dados obtidos nos boletins epidemiológicos para melhor visualização, compreensão e interpretação.

Em consonância com a RESOLUÇÃO Nº 510, de 07 de abril de 2016, artigo 1º inciso III, por tratar-se de uma pesquisa com dados de domínio público é dispensado submissão à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Os riscos referentes ao trabalho são mínimos, visto que serão utilizados apenas dados de domínio público obtidos pelos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, sem exposição de dados pessoais dos indivíduos dos casos notificados.

Em relação aos benefícios obtidos com o trabalho, ocorrerá discussão da evolução do número de casos de Rabdomiólise; estimativas relacionadas a faixa etária e o tipo de gênero mais atingido por esta doença no Brasil; a região no Amazonas mais atingida, bem como os sinais e sintomas clínicos observados nos diagnósticos de Doença de Haff, auxiliando assim, na identificação da prevalência de casos no estado, permitindo avaliação das formas de transmissão e melhores métodos de prevenção da doença.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Classificação da notificação de caso compatível com a doença de Haff, por município de residência,Amazonas, 2021.

Município de Residência	NOTIFICADOS		CASO COMPATÍVEL COM A DOENÇA DE HAFF		DESCARTADOS	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Anamã	2	2%	0	0%	2	2%
Autazes	1	1%	1	1%	0	0%
Boa Vista do Ramos	1	1%	0	0%	1	1%
Borba	4	3%	0	0%	4	3%
Caapiranga	1	1%	1	1%	0	0%
Iranduba	1	1%	0	0%	1	1%
Itacoatiara	72	55%	44	33%	28	21%
Itapiranga	1	1%	1	1%	0	0%
Manacapuru	1	1%	1	1%	0	0%
Manaus	12	9%	6	5%	6	5%
Maués	5	4%	2	2%	3	2%
Parintins	23	17%	12	9%	11	8%
Silves	4	3%	3	2%	1	1%
Urucurituba	4	3%	4	3%	0	0%
Total geral	**132**	**100%**	**75**	**57%**	**57**	**43%**

Fonte: CIEVS/FVS-RCP. Dados atualizados em 21/12/2021

A tabela 1, retirada do boletim epidemiológico de n˚7 da FVS (2021), demonstra que entre agosto e dezembro de 2021, no Amazonas, foram notificados em 14 municípios, 132 casos de rabdomiólise, sendo destes, 75 casos confirmados para a doença de Haff. Com isto, é observado também que os maiores números de casos confirmados para Haff foram nas cidades de Itacoatiara (44 confirmados), Parintins (12 confirmados) e Manaus (6confirmados).

Para uma melhor compreensão relacionada ao contágio da doença de Haff no Amazonas precisa-se entender o quanto a cultura de pesca é influente na região. Portanto, através do IBGE (2021) foram disponibilizados dados de domínio público que revelam um ranking comparativo entre Manaus, Itacoatiara e Parintins, em relação a outras cidades do país, quanto a quantidade em Kg de algumas das espécies de peixes mais comercializadasno Brasil, que revelam que dentre as cidades mencionadas, Manaus é uma

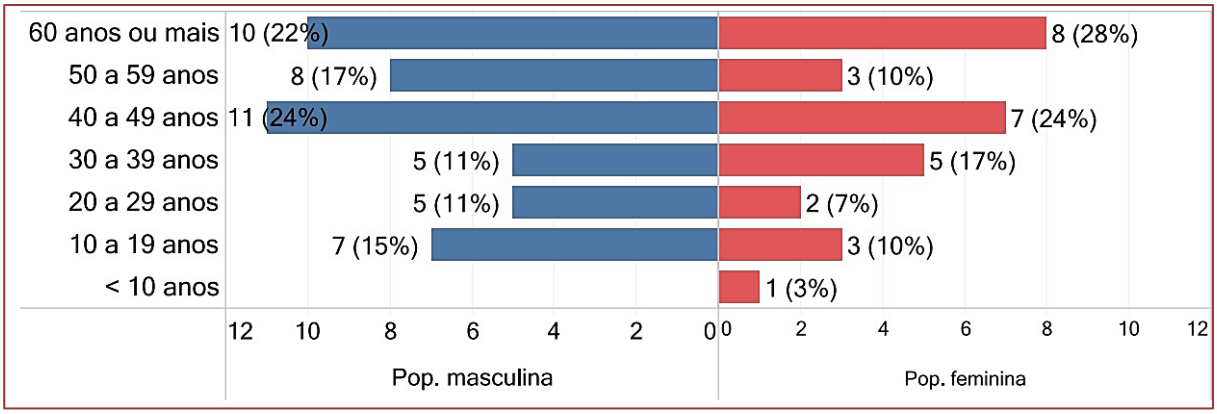
das cidades dopaís mais influentes se falar em quantidade de mercadoria pesqueira, seguido de Itacoatiara e Parintins.

No entanto, os autores Parente (1996); Batista (1998); Batista (2007); Gonçalves; Batista (2008); Hallwass (2010); Cardoso (2011); Mpa (2012); Lopes (2016)) demonstraramem suas pesquisas que o sistema de pesca na região amazônica tem um enorme déficit de estudos e produções que qualifiquem, quantifiquem e delineiem a quantidade das frotas pesqueiras que compreendem os municípios do Amazonas. Completando ainda, que devido à grande ausência de recursos e métodos utilizados para a coleta de dados das atividades pesqueiras, aconteceu uma vasta defasagem na compreensão da atual situaçãodeste setor (ISAAC et al., 2008; RUFFINO, 2008; GANDRA, 2010; LIMA et al., 2016).

No estudo de Faria Junior e Batista (2019), foi catalogado que em Manaus existe cerca de 32,1% da quantidade total de barcos de pesca artesanal (barcos de pesca autônoma) do estado do Amazonas, seguido de Parintins com 16,6% e para barcos/canoas que usam de motor para se locomover, Itacoatiara entre com 5,9% da distribuição total deste setor. Neste sentido, é importante ressaltar que por mais que existam algumas informações disponíveis no que se refere à pesca e a doença de Haff, algumas informações são dadas de forma contraditória, revelando ainda mais a necessidade de um maior enfoque na produção de estudos acerca das características pesqueiras da região norte.

Sendo assim, segundo Tolesani Junior, et al. (2013) acredita-se que o número de pessoas ao contrair tal doença tende a aumentar com o tempo, principalmente, se considerando o aumento do consumo de pescados relacionado ao aumento populacional. Reiterando assim o resultado da tabela acima, que demonstra uma boa quantidade de casos notificados e que foram confirmados para a doença de Haff em municípios que possivelmente estão passando por acentuado crescimento populacional e consequentemente, uma maior expansão econômica da pesca local, como é o caso do município de Itacoatiara – AM, que possuía em 2010 cerca de 86 mil pessoas e era esperado que para 2021 a população soltasse para cerca de 104 mil, com diferença crescente de 18 mil pessoas estimado para o ano de 2021 (IBGE, 2023).

Figura 1. Distribuição dos casos compatíveis com a doença de Haff (n=75), segundo sexo e faixa etária, Amazonas, 2021.



Fonte: CIEVS/FVS-RCP. Dados atualizados em 21/12/2021

Na figura 1 é observado a descrição dos casos compatíveis com a doença de Haff, segundo sexo e faixa etária, tais dados foram retirados do Boletim de número 7 da Fundação de Vigilância em Saúde – FVS, do ano de 2021. Ao analisar a figura 1 de 75 casos compatíveis se tem uma predominância do sexo masculino com 61% (46/75), principalmente dos 40 a 49 anos acometidos pela doença de Haff (11= 24), em contrapartida ao sexo feminino que apresenta um número menor e sua incidência totalizando 39% (29/75) e ocorre mais em mulheres de 60 anos ou mais (8= 28%).

No contexto da transmissão através de pescados, é importante discutir sobre a cultura da ingesta de peixes na Amazônia, durante a colonização da Amazônia os rios já tinham grande relevância na exploração da região, sendo de funcionalidade para ligar uma porção de terra a outra e também como fonte importante para alimentação por meio de pescados, através da prática pesqueira. Estima-se que população ribeirinha consome em média 400g por dia de peixe, considerando esse valor um dos maiores mundialmente, tendo como principal método a pesca artesanal, desorganizada e de acordo com o clima anual (SANTOS, 2006).

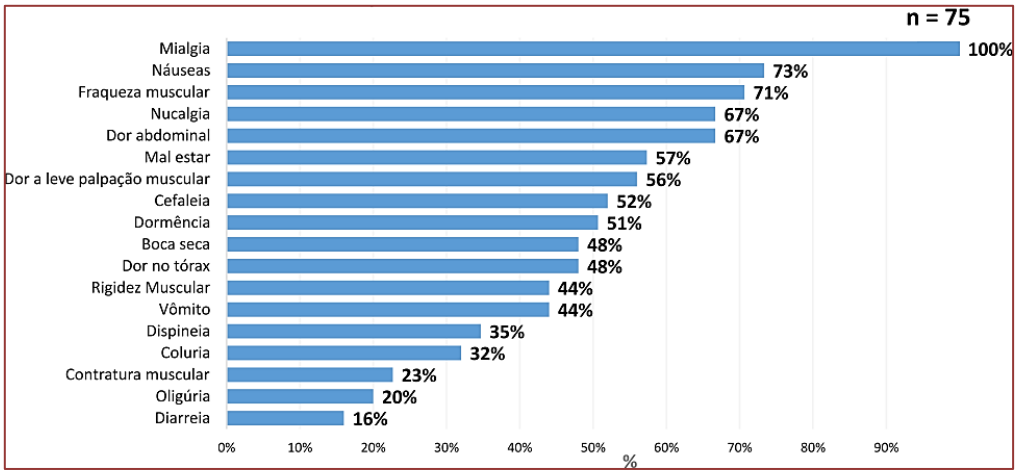
De acordo com idade média dos pescadores brasileiros registrados no Registro Geral da Atividade Pesqueira em 2010, a média em faixa etária do pescador profissional brasileiro foi de 21 a 39 anos. Quando avaliada por gênero, a idade média foi de 31 a 40 anos para homens e de 37 a 57 anos para mulheres (ALENCAR, 2014; SOUZA, 2009). Os dados relacionados a faixa etária da figura 1 coincidem com a prática da pesca prevalente dos 31a 40 anos para o sexo masculino, segundo o Registro Geral da Atividade Pesqueira em 2010.

Portanto, ao tratarmos de pesca, a sociedade foi fundamentada em divisões de gênero e idade, tendo métodos organizacionais e papéis designados a cada um no cotidiano. Devido a isso, houve discriminação e exclusão quando se tratava de atribuições relacionadas ao gênero, ou seja, a influência da cultura patriarcal para designar tarefas no âmbito rural, como a pesca sendo função da figura masculina (ALDA MOTTA, 2010; MANESCHY, 2013).

Esta informação abrange uma grande quantidade de indivíduos com rabdomiólise, tendo a Amazônia como centro de casos, principalmente nos municípios do interior onde costuma-se pescar diariamente e a ingesta de peixes de modo inseguro e constante. O quadro demonstra assim um índice de contaminados relevantes, tanto no sexo masculino quanto no feminino, explorando a maioria das idades devido a pesca rotineira.

Seguindo esta linha de raciocínio e os dados extraídos da figura 1, a atuação do homem na área da pesca é predominante em relação a mulher, tendo em vista a região rural do Amazonas e seus valores tradicionais, isto acaba acarretando uma predominância do sexo masculino com diagnóstico da Doença de Haff, pois os costumes antigos passados de geração a geração acabam trazendo uma cultura patriarcal até mesmo para os mais novos como consta um alto índice de homens em torno dos 40 anos infectados.

Figura 2. Distribuição percentual dos sinais e sintomas mais frequentes nos casos compatíveis com a doençade Haff (n=75), Amazonas, 2021.



Fonte: CIEVS/FVS-RCP. Dados atualizados em 21/12/2021

Na figura 2, presente no boletim epidemiológico de n°7, fornecido pela FVS (2021), contém uma série de sinais e sintomas que segundo alguns estudos são os mais recorrentes em pacientes acometidos pela Rabdomiólise relacionada à Doença de Haff, em formato de porcentagem do mais comum ao menos comum.

Segundo o resumo de Moraes, R. M.; João, G. A. P.; Santos, M. C.; Aguiar, A. F. S. (2016), duas pessoas do sexo masculino foram admitidos em um determinado hospital estadual da cidade de Manaus, apresentado as seguintes sintomatologias em comum: mialgia intensa, fraqueza, parestesia de membros inferiores (MMII) e colúria. E ainda reiteram em seus estudos que anteriormente, em 2008, 27 casos foram analisados e os pacientes apresentavam estes mesmos sintomas, concluindo que a Doença de Haff apresenta como principais sinais, a mialgia súbita, fraqueza, rigidez muscular, pacientes afebris, demonstrando disfunções hepáticas ou danos renais. Já nos estudos de ALLISON (2003) E NANCE, et al. (2015) a RBM apresenta de forma mais comum as seguintes manifestações: mialgia, urina escura, insuficiência renal aguda, sensibilidade muscular e fraqueza.

De acordo com Rosa (2005); Botton (2011); Machado (2012); Amorim (2014); Costa (2003) em relação a fisiopatologia da RBM, após o contato entre as toxinas liberadas pelas células, após a sua morte celular, e as células saudáveis, ocorre danos celulares devido a toxicidade e eliminação de substâncias como sódio e cálcio para o interstício celular. Respectivamente, há a ruptura das células dos músculos estriados, por meio de contrações, que irão fazer a toxina ser liberada na corrente sanguínea, sendo assim um processo inflamatório miolítico. Posteriormente, foi analisado os sinais e sintomas, de acordo com os autores mencionados anteriormente, que mialgia, fraqueza muscular, dor a leve palpação muscular, rigidez muscular e contratura muscular são associados a fisiopatologia da RBM,sendo destaque e predominância na figura 2, já que a patologia inicia-se no sistema muscular.

No relato de caso de Junior, O. T.; Roderjan, C. N.; Neto, E. C.; Ponte, M. M.; Seabra, M. C. P.; Knibel, M. F. (2013), é demonstrado algumas diferenças na sintomatologia do paciente, demonstrando a importância do diagnóstico diferencial para cada paciente, os

sintomas apresentados foram: dor abdominal grave, vômito, polimialgia, com maior severidade em MMII, astenia e fraqueza muscular e afebril. Demonstrando assim que a RBM associado à doença de Haff pode confundir os profissionais na hora do diagnóstico, reforçando a importância de maiores estudos e maiores pesquisas acerca da doença para melhor tratar e preveni-la.

Portanto, foi observado que um dos sinais mais presentes da RBM é a Mialgia, apresentada em 100% dos casos, segundo a tabela, corroborada através dos casos dos estudos apresentados anteriormente; seguidos da fraqueza muscular, presente em 71% dos pacientes; da Dor abdominal em 5˚ lugar, com 67%; Dormência, com predominância de 51%; Rigidez muscular em 44% nos casos; presença de Vômito em 44%; Colúria presente em 32%; e Contratura muscular em 23%.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre os resultados apresentados, a RBM relacionada a Doença de Haff tende a aumentar nos municípios do Amazonas conforme o crescimento populacional do estado, acredita-se que nos municípios de Itacoatiara e Parintins, por exemplo, a Doença de Haff é atribuída a uma questão cultural que demanda uma alta quantidade na ingesta de peixes da região e falta de fiscalização na atividade pesqueira nos municípios do Amazonas.

Pode-se observar que no dia a dia da rotina do (a) amazonense, o homem é predominantemente protagonista no processo de pesca, quando relacionado às mulheres, principalmente, homens entre 31 e 50 anos. Este contexto deve-se ao fato de que os homens já crescem com o valor cultural de provedor do lar, revelando assim em dados quantitativos o fato de que a Doença de Haff é mais presente em homens pescadores do que em mulheres. Com isto, na discussão foi abordado informações acerca de alguns dos sintomas mais presentes na Doença de Haff relacionada a RBM, que são principalmente voltadas ao processo de rabdomiólise.

Este estudo revelou algumas limitações relacionadas a dados que mencionem, de fato, a patogenicidade ou substância tóxica que está afetando os pescados, ou porquê há uma contaminação de pescados específicos, ao ponto de fazer com que seres humanos evoluam com a sintomatologia de forma rápida e altamente debilitante. Entre os pescados compatíveis com a doença estão: o tambaqui, o pacu, a pirapitinga, pirarucu, surubim e sardinha. Também buscamos relacionar a Doença de Haff com os municípios de Itacoatiara, Parintins e Manaus, visto que a região norte em sua grande maioria consume peixes e tem piscicultura própria. Deve-se realizar um estudo aprofundado dos pescados, sua cadeia alimentar, habitat e características específicas de cada município do Amazonas com base na prática pesqueira; os tópicos levantados não puderam ser respondidos devido à dificuldade em discutir com fidedignidade dados relacionados a essa perspectiva.

Portanto, seria importante a implementação de políticas públicas que visem oferecer uma maior atenção à população pesqueira, relacionado a melhores condições de trabalho, e também a inserção de uma maior cobertura observacional de fatores que possam causar a contaminação dos peixes, como poluição aquática, garimpos ilegais em regiões próximas ao local de pesca esportiva e de consumo, liberação de produtos químicos na água, a partir de grandes e pequenas empresas, provenientes da Zona Franca de Manaus, assim como, promoção de estudos de pesquisa para revelar como age o agente causar da Doença de Haff, tanto nos peixes, quanto em humanos.

REFERÊNCIAS

[1] ALENCAR, Carlos; **Pesca E Pobreza No Brasil**; Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará,2014. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/18697

[2] ALLISON, Ronald; BEDSOLE, Lawrence. The other medical causes of rhabdomyolysis. **Am. J. Med. Sci**., 326(2): 78-88, ago. 2003.

[3] BATISTA, Vandick. Caracterização Socioeconômica da Atividade Pesqueira e da Estrutura de Comercialização do Pescado na Calha Solimões-Amazonas. In: PETRERE JR. M. (Cood.). O setorpesqueiro na Amazônia: situação atual e tendências do desenvolvimento a indústria da pesca. **Manaus: Ibama/ProVárzea**. Manaus, p. 19-57, 2007.

[4] BATISTA, Vandick. **Distribuição, dinâmica da frota e dos recursos pesqueiros na Amazônia Central**. 1998. 282 f. Tese (Doutorado) - Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia/Fundação Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 1998.

[5] BRASIL. Secretaria de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota informativa - Recomendações sobre procedimentos para a vigilância integrada de casos suspeitos de Rabdomiólise pós-ingestão de pescado (doença de Haff) para serviços de saúde e Secretarias Municipais de Saúde de Pernambuco.** Recife, abr. 2021. Disponível em: 3293a8_b73c5c9b318b4a3ebdc0faf4a68ebc7c.pdf (filesusr.com). Acesso em: 17 abr. 23.

[6] BRASIL, Fio Cruz, Bahia; **Causa da Doença de Haff, conhecida como "doença da urina preta" pode ser toxina em peixes,** pub. 2021. Disponível em: https://www.bahia.fiocruz.br/causa-da- doenca-de-haff-conhecida-como-doenca-da-urina-preta-pode-ser-toxina-em-peixes/

[7] BRASIL, Ministério da Saúde, **NOTA TÉCNICA Nº 52/2021-CGZV/DEIDT/SVS/MS**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/nota- tecnica-anexos-sei_25000-153716_2021_72.pdf/view

[8] BRASIL. Fundação de Vigilância em Saúde – Dra. Rosemary Costa Pinto. Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD, FIOCRUZ AMAZÔNIA). Situação epidemiológica da rabdomiólise no estado do Amazonas. Amazonas, a. 01, 7. ed. 2021. Acesso em: 19 mar. 23. Disponível em: Situação_Epidemiológica_da_Rabdomiólise_no_estado_do_Amazonas_n07.pdf.

[9] BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura. **Boletim Estatístico da Pesca e Aquicultura**. Brasília, fevereiro de 2012.

[10] BRASIL, Ministério da Defesa. Exército Brasileiro. **Portaria n° 129, de 11 de março de 2010. Aprova a diretriz para implantação do programa de prevenção e controle da rabdomiólise induzida por esforço físico e pelo calor, no âmbito do exército**. Brasília, 2010. Disponível em: Portaria nº 129, de 11 de março de 2010. (eb.mil.br). Acesso em: 17 abr. 23.

[11] CARDOSO, Renato. **A eficiência técnica da frota pesqueira da região do médio rio Madeira: uma análise de fronteira estocástica, Manaus, Amazonas**. Tese (doutorado) - INPA, Manaus, Amazonas, 91p, 2011.

[12] DI COMMO, Regina; **Pescadoras E Pescadores: A Questão Da Eqüidade De Gênero Em Uma Reserva Extrativista Marinha**; Ambiente & Sociedade, Campinas, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/asoc/a/BsBVxYwnfwvZ44hVcG56Kkp/abstract/?lang=pt#

[13] FARIA JUNIOR, C. H. H.; BATISTAS, V. S. S. Frota pesqueira comercial na Amazônia Central: composição, origem, espécies exploradas e mercado. Agroecossistemas, Belém, v.11, n.1, p. 146 – 168, jan. 2019.

[14] FENG G, et. al **Doença de Haff complicada por falência de múltiplos órgãos após ingestãode lagostim: estudo de caso.** Rev. Bras. De Terapia Intensiva, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-507X.201400

[15] GANDRA, André. O mercado de pescado da região metropolitana de Manaus. Série: O mercado de pescado nas grandes cidades latino-americanas. **CFC/FAO/INFOPESCA**, 91p., ago. 2010.

[16] GONÇALVES, Cristiano.; BATISTA, Vandick. Avaliação do desembarque pesqueiro efetuado em Manacapuru, Amazonas, Brasil. **Acta Amazonica**, v. 38, n. 1, p. 135-144, 2008.

[17] HALLWASS, Gustavo. Fishing Effort and Catch Composition of Urban Market and Rural Villages in Brazilian Amazon. **Environmental Management**, v. 47, p. 188–200, dez. 2010.

[18] IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama e População**. IBGE, 2023. Disponível em: IBGE | Cidades@ | Amazonas | Itacoatiara | Panorama. Acesso em: 19 mar. 23.

[19] IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Itacoatiara e Pecuária. IBGE, 2021. Disponível em: IBGE | Cidades@ | Amazonas | Itacoatiara | Pesquisa | Pecuária | Aquicultura. Acesso em: 19 mar. 23.

[20] ISAAC, Victoria; SANTO, Roberto; NUNES, José. **A estatística pesqueira no litoral do Pará: resultados divergentes.** PanAmerican Journal of Aquatic Sciences. Belém – PA, v. 3, n. 3, p. 205-213, 2008.

[21] JEDDELOH, Bruno. Haffkrankheit. **Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde.** Berlin,Heidelberg, p 138-182, 1939.

[22] LIMA, Maria, et al. Pesca artesanal no município de Humaitá, médio Rio Madeira, Amazonas. **Brasil. Bol. Inst. Pesca**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 914-923, jul. 2016.

[23] LOPES, Giulia. SMALL-SCALE FISHERIES IN THE AMAZON BASIN: GENERAL PATTERNS AND DIVERSITY OF FISH LANDINGS IN FIVE SUBBASINS. **Bol Inst Pesca**, São Paulo, v. 42(4), p. 889-900, 2016.

[24] MANESCHY, Maria. **Mulheres na pesca artesanal: trajetórias, identidades e papéis em um porto pesqueiro no litoral do Estado do Pará**. Niterói: Alternativa, 2013, p. 43-64.

[25] MARTELLI, Anderson. Fisiopatologia da síndrome de haff e progressão para a rabdomiólise. **Revista Faculdades do Saber,** 06 (13): 1002-1009, mar. 2021. Disponível em: Vista do FISIOPATOLOGIA DA SÍNDROME DE HAFF E PROGRESSÃO PARA RABDOMIÓLISE (emnuvens.com.br). Acesso em: 17 abr. 23.

[26] MATOS, Gyselly et al. **Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar Transmitidas por Alimentos de Origem Animal: Revisão**; Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Belém, PA, 2022.

[27] MORAES, Raquel et al. **Doença de haff associada à ingestão de tambaqui (*Colossoma macropomum*) na Amazônia brasileira**.

[28] MOTTA, Alda. **A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento.** Revista Sociedade e Estado. Brasília, v. 25, n. 2, p. 225-250, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269922010000200005&lng=en&nrm=i so

[29] NANCE, Jessica; MAMMEN, Andrew. Diagnostic evaluation of rhabdomyolysis. **Muscle Nerve**, 51(6): 793-810, jun. 2015.

[30] PARENTE, Valdeney. **A economia da pesca em Manaus: organização da produção e da comercialização.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 178p, 1996.

[31] PINTO, Bruna. **Rabdomiólise no contexto das forças armadas**. 2019. 23 f. Trabalho de conclusão de curso, Especialização (Aplicações Complementares às Ciências Militares), Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2019.

[32] QIAN, Jian; SHA, Dujuan. Haff disease complicated by acute lung injury after crayfish consumption: a case report. **Clin Toxicol (Phila)**. 56(6): 449-451, jun. 2018. doi: 10.1080/15563650.2017.1401634. Epub 2017 Nov 13. PMID: 29129124.

[33] ROSA, Nuno Guimarães.; SILVA, Gil.; TEIXEIRA, Alves.; RODRIGUES, Fernando.; ARAÚJO, José Augusto. Rabdomiólise**. Artigo de revisão - Acta Méd Port.** Funchal, Portugal, V. 18, p. 271-282, out. 2005. Disponível em: https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1032/700. Acesso em: 17 abr. 23.

[34] RUFFINO, Mauro. Sistema integrado de estatística pesqueira para a Amazônia. **Pan-American Journal of Aquatic Sciences**. Brasília – DF, v. 3, n. 3, p. 193-204, 2008.

[35] SANTOS, Marcelo et al. Outbreak of haff disease in the Brazilian Amazon. Rev Panam Salud Publica. 26(5): 469–470, nov. 2009.

[36] SANTOS, Geraldo; **Peixes comerciais de Manaus**, Ibama/AM, ProVárzea, 2006. Disponível em: https://repositorio.inpa.gov.br/bitstream/1/4700/1/peixes_comerciais_2ed.pdf

[37] SOUZA, Yonel. **Estresse e estratégias de "coping" em treinamento militares extenuantes na selva amazônica**. 2015. 100 f. Mestrado (Saúde e Processos Psicossociais) – Psicologia – Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2015.

[38] SOUZA, Rosângela; **Caracterização Da Pesca E Dos Pescadores De Peixes Ornamentais Da Região De Tefé/Am**; UAKARI, v.5, n.2, p. 7-17, dez. 2009. Disponível em: https://www.mamiraua.org.br/documentos/2b9dbcd3a51d77ae33bcfc453571d196.pdf

[39] TOLESANI JUNIOR, Oswaldo et al. Doença de haff associada ao consumo de carne de *Mylossoma duriventre* (pacu-mantiega). **Ver Bras Ter Intensiva**, Rio de Janeiro, 2013;25(4):348-351, dez. 2013.

[40] VIEIRA, Norma; **Relações de gênero e de geração nas atividades de pesca artesanal dos/as jovens pescadores/as da Amazônia Oriental, Brasil**; Caderno de Gênero e Tecnologia, Curitiba,v. 14, n. 43, p. 22-36, jan./jun., 2021.

[41] YANG, Wen-Xuan; FAN, Kit-Ling; LEUNG, Ling-Pong. A cluster of patients with rhabdomyolysis after eating crayfish. **Case Reports**, CJEM S48-S50, 2018. DOI 10.1017/cem.2017.391.

[42] ZHANG, Mei-hua. Rhabdomyolosis and its pathogenesis.**World J Emerg Med**, China, vol. 3(1): 11-15, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/Lucas%20Ferraz/Downloads/Rhabdomyolosis%20and%20its%20pathogenesis.pdf. Acesso em: 17 abr. 2023.

CAPÍTULO

04 Aspectos relacionados ao paciente com fibrose císitca: relato de experiência

Jerlian Serrão da Cunha[1], Regiana Seixas de Oliveira[2], Graciana de Sousa Lopes[3]

1. INTRODUÇÃO

A Fibrose Cística (FC) ou mucoviscidose, é uma patologia hereditária, autossômica recessiva, letal, muito comum entre caucasianos. A doença afeta diversos sistemas, principalmente respiratório, gastrointestinal e reprodutor; além do fígado e células secretoras. Essas manifestações podem surgir ao longo da vida e variar de paciente para paciente (ALVES & BUENO, 2018).

A doença é causada por uma mutação no gene regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR) que codifica a proteína CFTR, que desempenha um papel importante no transporte de íons cloreto através das membranas e leva ao aumento da viscosidade da mucosa no pulmão, fígado, pâncreas e intestinos (AL-ABADI et al., 2019).

A FC é uma doença de caráter multissistêmico, crônico e progressivo que necessita de um cuidado complexo e contínuo para manutenção e promoção da melhoria da qualidade de vida do paciente (ALVES & BUENO, 2018).

De fato, a fibrose é uma das principais causas de falência de órgãos em estágio terminal e morte em uma grande variedade de doenças crônicas. Uma característica comum da fibrose pulmonar é a proliferação excessiva de fibroblastos ao redor dos sacos aéreos dos pulmões (alvéolos) (WU et al., 2020).

Ela é causada pela disfunção ou ausência do canal CFTR dos tecidos exócrinos devido a mutações no gene. Embora mais de 2.000 mutações tenham sido relatadas até o momento, a mutação causadora de doença mais comum, ocorrendo em 70% dos pacientes, é a F508del, uma deleção de três nucleotídeos que resulta na perda de fenilalanina (F) na 508ª posição no proteína (SEMANIAKOU et al., 2019).

O tratamento é também complexo e envolve medicamentos de alto custo, alguns deles custeados pelo Ministério da Saúde e outros pelas Secretarias Estaduais de Saúde, de tal modo que o acesso aos medicamentos não é uniforme no país(BRASIL, 2020).

O primeiro modulador de CFTR aprovado foi o ivacaftor (IVA) para o tratamento de aproximadamente 4% dos indivíduos com FC com a mutação Gly551Asp (G551D). As melhorias substanciais conferidas pelo IVA na função CFTR (conforme medido pela alteração na concentração de cloreto no suor) e função pulmonar (conforme medido pela alteração na porcentagem do volume expiratório forçado previsto em um Segundo(BONO-NERI et al., 2019).

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO.
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

Este trabalho tem como objetivo Descrever os aspectos relacionados ao paciente com Fibrose Cística: relato de experiência. Baseado na contextualização do estud, busca-se responder a seguinte questão: Quais os cuidados aplicados na assistência de enfermagem à pessoa acometida com Fíbrose Cística e de que forma ele atua na reabilitação, promoção da saúde e recuperação do paciente?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. FIBROSE CÍSTICA: CONCEITO

A fibrose Cística é uma doença autossômica recessiva hereditária letal que afeta aproximadamente 80.000 pessoas em todo o mundo e é causada por mutações no gene que codifica a proteína reguladora da condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR) que leva à redução da função CFTR (MIDDLETON et al., 2019).

A FC é uma doença multiorgânica, frequentemente dominada por manifestações respiratórias com infecção bacteriana crônica e bronquiectasias que podem levar à insuficiência respiratória, em associação com disfunção gastrointestinal e desnutrição. Grandes melhorias no prognóstico foram alcançadas com a implementação, por equipes multidisciplinares em centros especializados em FC, do manejo do tratamento sintomático,incluindo desobstrução das vias aéreas, antibióticos e suporte nutricional. No entanto, a FCpermanece associada a uma expectativa de vida mais curta e ainda é uma das principais causas de transplante pulmonar (BURGEL et al., 2021).

A doença pulmonar da FC é crônica e progressiva, mas caracterizada por episódios intermitentes de piora dos sinais e sintomas que passaram a ser conhecidos como exacerbações pulmonares agudas (EPx). Um PEx é uma entidade clínica nebulosa com múltiplos gatilhos e mecanismos possíveis que levam a uma mistura de sinais e sintomas clínicos que refletem o repertório limitado de sinais de angústia do pulmão (SCHECHTER, 2018).

As exacerbações têm um impacto profundo na morbidade e na qualidade de vida dos indivíduos com FC e, infelizmente, os resultados da PEx permanecem abaixo do ideal, com má recuperação da função pulmonar basal após o tratamento com PEx. Como resultado, esforços estão sendo feitos dentro da comunidade de pesquisa da FC para melhorar o manejo desses eventos clinicamente impactantes (PECK & HIBBERT, 2019).

A proteína CFTR desempenha um papel importante na secreção de fluido epitelial ena hidratação intraluminal devido à sua função como um canal iônico seletivo de ânions (principalmente cloreto e bicarbonato). O CFTR defeituoso leva ao acúmulo e obstrução de muco espesso e lento para limpar nas superfícies apicais das células epiteliais nas vias aéreas e no intestino. Do ponto de vista microbiano, essa mudança no meio luminal resulta em condições ideais para a colonização com patógenos oportunistas. A insuficiência pulmonar progressiva secundária à colonização microbiana, infecção e resposta inflamatória destrutiva são características da doença pulmonar da FC (OOI et al., 2018).

2.2. ETIOLOGIA

Embora a FC seja uma doença multiorgânica, o distúrbio respiratório representa a principal causa de morbidade e mortalidade desses pacientes. Um ciclo vicioso de acúmulo de muco nas vias aéreas, inflamação crônica e infecções recorrentes leva a danosepiteliais,

remodelação tecidual e deterioração progressiva da função pulmonar, resultando em insuficiência respiratória (LOPES-PACHECO, 2020).

A infecção crônica resultante e a inflamação das vias aéreas levam à destruição progressiva do pulmão, insuficiência respiratória e, por fim, a um encurtamento da expectativa de vida. Exacerbações pulmonares agudas são um evento clínico comum em pacientes com FC e estão associadas ao aumento da morbi-mortalidade (PATIL et al., 2019).

A FC é causada pela disfunção do regulador de condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR) do canal aniônico, que desempenha um papel fundamental no transporte de sal e água através do epitélio. Embora algumas drogas tenham sido desenvolvidas e licenciadas clinicamente visando defeitos na CFTR, o grande número de variantes causadoras de doenças e sua raridade limitam potencialmente o uso desses agentes (LI et al., 2019).

2.3. EPIDEMIOLOGIA

A incidência global e a prevalência da FC mostram variação geográfica significativa, conforme ilustrado pelas taxas de detecção observadas em todo o mundo. Nos Estados Unidos, a incidência de FC é de 1 em cada 3.500 nascimentos. Embora uma incidência maior seja observada em nações europeias a uma taxa de 1 em cada 2.000 a 3.000 nascimentos, na África e na Ásia, embora a FC seja severamente subdiagnosticada, as evidências indicam que a prevalência da FC é baixa a rara (BONO-NERI et al., 2019).

No Brasil, estima-se que a incidência de fibrose cística é de 1: 7.576 nascidos vivos. No entanto, existem variações entre as regiões, com valores mais elevados nos estados do Sul. No Brasil, é tem uma incidência aproximada de 1:10 mil nascidos vivos (MOURA & PINHEIRO, 2019).

2.4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Fibrose pulmonar apresenta os seguintes sintomas: tosse seca, fadiga e dispnéia. Os pacientes podem perder peso e sua condição física se deteriorar. Portanto, as pessoas que sofrem desse distúrbio podem perder sua fonte de renda e sua qualidade de vida regride sistematicamente (LECHOWICZ et al., 2020).

As pessoas com FC são propensas a muco espessado nas vias aéreas com subsequente endobronquite pulmonar causada pela disfunção da proteína reguladora da condutância transmembrana (CFTR) da FC que prejudica a secreção de cloreto e bicarbonato na camada superficial das vias aéreas. Posteriormente, os indivíduos desenvolvem infecções crônicas das vias aéreas, exacerbações pulmonares episódicas e lesão progressiva das vias aéreas (LECHOWICZ et al., 2020).

2.5. COMPLICAÇÕES DA PATOLOGIA

O primeiro passo no diagnóstico é medir a (dis)função do canal CFTR, seguido de testes genéticos. O teste mais confiável e amplamente utilizado é a medição da concentração de cloreto no suor (SCC), às vezes complementada com testes eletrofisiológicos. Na Europa, três diferentes categorias diagnósticas são reconhecidas e

diferenciadas por diferentes níveis de SCC: FC (típica), FC atípica/não clássica e transtorno relacionado a CFTR (CFTR-RD) (BIERLAAGH et al., 2021).

O exame microscópico de biópsias hepáticas realizadas em pacientes com doença hepática associada à fibrose cística demonstra um amplo espectro de alterações histopatológicas que vão desde esteatose pan-acinar, colestase, proliferação de ductos biliares, inflamação portal a fibrose de vários graus de gravidade e hiperplasia regenerativanodular.

2.6. TRATAMENTO MÉDICO

Até recentemente, apenas dois medicamentos (DNase humana recombinante e solução salina hipertônica) demonstraram efeitos positivos na depuração da membrana mucosa em pacientes com FC. Dornase alfa é um dos medicamentos mais utilizados em pacientes com FC. De acordo com o Registro Russo de Pacientes com FC, em 2018, 95,7% dos pacientes com FC receberam dornase alfa (AMELINA et al., 2021).

O CFTR desempenha um papel importante na condução de ânions através do epitélio para regular o volume secretor, o pH e a viscosidade do muco das secreções líquidas. O CFTR também interage com outros canais iônicos, como o canal de sódio epitelial (ENaC), para regular o movimento do fluido através do epitélio e, portanto, pode ter funções intrínsecas às células com base na composição de outros canais coexpressos com o CFTR gene regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (Yan et al., 2019).

A combinação do corretor CFTR lumacaftor com o potencializador CFTR ivacaftor éo primeiro medicamento aprovado projetado para resgatar a função CFTR mutante em pacientes com FC e homozigotos para a mutação Phe508del. A aprovação foi baseada no resultado de dois grandes estudos de fase 3. Nestes estudos, o lumacaftor-ivacaftor conduziu a uma melhoria absoluta média moderada no VEF 1 % previsto como parâmetro de avaliação primário no intervalo de 2,6 a 4,0 pontos percentuais com substancial heterogeneidade de indivíduo para indivíduo (GRAEBER et al., 2018).

O diagnóstico precoce e o tratamento das infecções do trato respiratório inferior sãoa base do tratamento da doença pulmonar na fibrose cística. Quando as amostras de escarro não estão disponíveis, o tratamento baseia-se principalmente em culturas de espécimes orofaríngeos; no entanto, há preocupações quanto à sensibilidade destes para identificar organismos respiratórios inferiors (JAIN et al., 2018).

O primeiro modulador de CFTR aprovado, ivacaftor, melhorou o ppFEV 1 em média 10,6% para, aproximadamente, 4% das pessoas com a mutação G551D. Mais duas combinações de moduladores modestamente eficazes foram aprovadas com base em sua capacidade de melhorar o ppVEF 1 e/ou diminuir as exacerbações pulmonares da FC. Em outubro de 2019, a terapia de combinação tripla, elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor, que melhorou a função pulmonar em média 13,8% em pessoas com uma cópia de F508del e em 10% em pessoas com FC já tratadas com tezacaftor/ivacaftor, foi aprovado nos EUA para tratar pessoas com FC com pelo menos uma cópia do F508del (TAYLOR-COUSAR, 2020).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo relato de experiência. Destaca-se que o RE não é, necessariamente, um relato de pesquisa acadêmica, contudo, trata do registro de experiências vivenciadas. Tais experiências podem ser, porexemplo, oriundas de pesquisas,ensino, projetos de extensão universitária, dentre outras(MUSSI et al., 2021).

A pesquisa de campo foi realizada em um munícipio brasileiro no interior do estado do Amazonas, região Norte do país. Pertencente à região geográfica Intermediária de Parintins e Região Geográfica Imediata de Parintins, localiza-se a leste de Manaus, capital do estado, distando desta cerca de 331 quilômetro

O presente estudo foi baseado em um relato de caso. Para o embasamento teóricodo estudo consultou-se as principais bases de dados em saúde. Considerou-se por critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos científicos contendo os descritores do presente estudo em enfermagem; permissão de acesso integral ao conteúdo de estudo e estudos publicados a partir de 2018 a 2023. no 1º semestre de 2023 do curso de enfermagem em um hospital localizado na zona sul da cidade de Manaus.

A coleta de dados se deu através do método observacional, com auxílio de diário de campo, desta forma foi possível elencar todo processo de construção do objetivo do estudo mediante o acompanhamento do paciente na prática e de suas informações através do prontuário.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na experiência vivenciada observou-se que o paciente em questão desenvolveu Covid-19, porém, já tinha um histórico de Fibrose Cística (FC), que apresentava-se de forma assintomatica, doença genética que afetou o paciente e ocasionou uma infecção crônica recorrente do Pulmão, ocasionando Insuficiência pancreática elevando o nível do cloro do suor.

Essa doença é uma herança autossômica recessiva ocasionada pela mutação no gene regulador da condutância transmembrana da Fibrose Cistica. O muco espesso ocasionou um acúmulo de bactérias nas vias respiratórias, causando no paciente edemas, inflamações e infecções, como pneumonia e bronquite. Associada ao covid -19, que é uma consequência da lesão gerada pelo coronavirus nos pulmões, podendo ser responsável pelo desenvolvimento de forma mais grave da doença, levando assim a uma pneumonia gravíssima, com isso observamos um piora no estado geral do paciente.

Houve dificuldade enfrentada pelo paciente na Unidade Hospitalar devido seu pequeno porte, como falta a de leitos, ocasionado pelo pico da pandemia, falta de estrutura relacionada a exames, medicações, e fechamentos de diagnóstico médico, devido a isso paciente precisou ser transferido para outro município, contudo observou-se no paciente uma piora no seu estado clínico e seu psicológico afetado.

Uma pandemia pode provocar consequências negativas nos sistemas de saúde, gerando falta de suplementos, medicamentos e equipamentos médicos. Neste cenário, a figura do gestor se torna cada vez mais essencial, uma vez que o mesmos é responsável por buscar resultados estratégicos desejáveis, além de, identificar, implementar e gerenciaros recursos financeiros e profissionais (LESSA, 2020).

Durante a experiência vivenciada, notou-se no paciente crise de ansiedade e início de um transtorno depressivo reacionado ao medo de morrer, doença essa q apresenta danos que afetam diretamente o psicológico da pessoa, pois a FC ela acaba danificando o tecido pulmonar, com isso a função pulmonar ela piora gradualmente e pode se tornar uma ameaça a vida, fazendo com que o paciente venha sentir o medo da morte.

De acordo com Kovács (1992)O medo a resposta psicológica mais comum diante da morte e alcança todos os seres humanos de modo universal, independente da idade, sexo, região e nível socioeconômico. Existem várias áreas que estudam e pesquisam o medo, geralmente parte delas ligadas alguma áreas da psicóloga, neuropsicologia entre outras. Portanto, quando o medo se torna insuportável, refere- se então, ao medo patológico, que aparece em forma de fobia, ou seja, um medo exagerados incontrolável por algo ou situação específica, logo, se não for tratada, pode agrava – se para quadro de transtorno de pânico. A fobias são medos irracionais e, e geralmente o indivíduo é tendencioso a evitar ou figir das situações os eventos físicos (MOURA ET AL., 2018).

O transtorno depressivo é um transtorno em que a pessoa apresenta sentimentos de tristeza ou humor deprimido, perda de interesse ou prazer as atividades antes apreciadas;alterações no apetite perda de peso, problemas para dormir ou dormir em excesso; perda de energia ou aumento de fadig; baixa auto estima e presença de sentimento de culpa, podendo chegar a casos mais graves a pensamentos de morte (RIBEIRO ET AL., 2020).

Vale ressaltar que o paciente vinha enfrentando todos esses transtornos, também pelo fato de se sentir sozinho, pois na pandemia o paciente não tinha direto a ter um acompanhante familiar, isso acabou ocasionado um transtorno depressivo no paciente.

Após 2 meses de internação e chegando a seu diagnóstico médico de FC, o paciente precisou ser transferido para o hospital de Manaus–AM para continuar seu tratamento, já com a companhia de um acompanhante familiar. Apesar dos avanço no conhecimento da doença, ainda não existe uma cura para FC. Devido ao seu caráter multissistêmico e crônico, o tratamento deve ser realizado em centros de referências, com a equipe multidisciplinar, composta por médicos Pneumologista, Fisioterapeuta, Nutricionista, Pscicologo e Enfermeiros. Paciente com boa adesão ao tratamento apresenta uma mediana de sobrevida que vem aumentando ano a ano. A fisioterapia respiratória utilizou no paciente técnica manuais, posturas de drenagem, manuseio da respiração e da toss, e aparelhos específicos para seu tratamento. A fisioterapia respiratória é recomendado parapor possuir técnicas efetivas para o aumento da expectoração de secreção.

De acordo com Amaral & Rego (2021), Nas últimas décadas, o tratamento dos sintomas da fibrose cística evoluiu ganhando destaque a suplementação nutricional, a reposição de enzimas pancreáticas, a fisioterapia respiratória diária associada à nebulização prévia com mucolíticos, além do uso recorrente de antibióticos (orais, inalatórios e venosos) e anti-inflamatórios.

Para Chen (2021), O tratamento para a doença pulmonar da FC inclui a administração de diluente de muco, desobstrução das vias aéreas e antibióticos. Para afinar o muco, a terapia de inalação consistindo em solução salina hipertônica é administrada para hidratar o muco espesso nas vias aéreas do paciente com CE. A alta pressão osmótica da solução extrai água das células epiteliais das vias aéreas para reconstruir a camada superficial contendo água que está ausente em pacientes com FC.

Isso pode significar que a fibrose pulmonar é uma doença progressiva, ou seja, piora com o tempo. Ainda não existe cura e, eventualmente, pode levar à morte. Na última década, dois medicamentos foram aprovados pela FDA para o tratamento da fibrose pulmonar idiopática (FPI), que é a forma mais comum de FP. Estes incluem nintedanib (Ofev) e pirfenidona (Esbriet).

Os antibióticos são indicados para prevenir e tratar infecções pulmonares. Dessa forma, estes são medicamentos para tornar o muco nos pulmões mais fino e mais fácil de expelir, medicamentos para alargar as vias respiratórias e reduzir a inflamação. técnicas edispositivos especiais para ajudar a limpar o muco dos pulmões.

Em conformidade com Jaques et al. (2020), Os pacientes podem implementar várias técnicas que podem ajudar a melhorar seus sintomas. A fisioterapia é realizada diariamente, o que ajuda a desobstruir as vias aéreas e soltar o muco nos pulmões. Também pode ser adaptado às necessidades individuais, pois certas técnicas podem melhorar problemas como incontinência urinária e adesão à medicação inalatória. O exercício frequente é fortemente recomendado, pois pode soltar o escarro, aumentar a resistência dos músculos respiratórios e reduzir o volume residual pulmonar.

Em um outro estudo realizada por Lederer & Martinez (2018) A reabilitação pulmonar, um programa estruturado de exercícios projetado para adultos com doença pulmonar avançada, demonstrou melhorar a capacidade de exercício e a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com FPI.

Segundo Furtado et al. (2019), Ressaltam que a assistência de enfermagem deve estar voltada para o planejamento e a implementação das intervenções direcionadas às necessidades dos adolescentes nas diferentes fases de vida e doença e também apoiar os cuidadores familiares, especialmente os pais. Cuidar de um adolescente com condição crônica, tal como a fibrose cística, envolve um trabalho multidisciplinar e isso é também uma das responsabilidades do enfermeiro. Este é responsável por interagir com os serviços comunitários e instituições governamentais, visando oferecer a melhor assistência a esses pacientes.

O intinerário terapêutico do paciente durou cerca de 4 meses até o fechamento de diagnóstico. Observa- se então, que, do ponto de vista, da prevenção e diagnóstico, há uma grande dificuldade de acesso, principalmente em municípios do interior do Estado do Amazonas. Neste caso, o desfecho foi o óbito do paciente. Infere - se que o colapso da rede de Saúde na pandemia foi impactante para o agravamento do estado geral em um paciente já com tantas limitações pulmonares.

Consoante a Oliveira et al. (2005) ressaltam que a família merece cuidados especiais desde instante da comunicação do diagnóstico, uma vez q esse momento tem enorme impacto sobre os familiares, que veem seu mundo desabar após as descobertas após a descoberta. Isso faz com que que, em muitas circunstâncias, suas necessidades psicológicas excedam as do paciente. Dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna- se um dos aspectos de mais difícil manejo.

Isso significa dizer que os pacientes e seus familiares precisam de assistência completa, não somente do tratamento do paciente, mas também com atenção psicossocial para seus familiares e responsáveis.

Em concordância com Consoante a Oliveira et al. (2005), afirmam que em alguns casos, a possibilidade de perder o paciente torna-se muito concreta e iniludível. Nesse

momento, os familiares, ao se depararem com esta realidade impactante, geralmente vivenciam as teorização fases do luto: negação, raiva, depressão e aceitação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que o paciente com fibrose cística, pode ter uma evolução da doença boa ou não satisfatória dependendo do seu diagnóstico, desde que seu diagnóstico seja feito em um momento oportuno, que tenha acesso a saúde e receba tratamento efetivo no momento correto.

A doença pode ser diagnósticada no seu início, com o exame do teste do pezinho, exame esse realizado em até 30 dias de vida do recém-nascido.

Sugere-se novas pesquisas há esse tipo de doença. E também, novos métodos dos profissionais abordarem esses tipos de pacientes.

REFERÊNCIAS

[1] AMARAL, M. B., & Rego, S. (2021). Rare diseases on the agenda for innovation in health: Progress and challenges with cystic fibrosis. *Cadernos de Saude Publica*, *36*(12). https://doi.org/10.1590/0102-311X00115720

[2] AMELINA, E. L., Krasovsky, S. A., Akhtyamova-Givirovskaya, N. E., Kashirskaya, N. Y., Abdulganieva, D. I., Asherova, I. K., Zilber, I. E., Kozyreva, L. S., Kudelya, L. M., Ponomareva, N. D., Revel-Muroz, N. P., Reutskaya, E. M., Stepanenko, T. A., Seitova, G. N., Ukhanova, O. P., Magnitskaya, O. V., Kudlay, D. A., Markova, O. A., & Gapchenko, E.

[3] V. (2021). Comparison of biosimilar Tigerase and Pulmozyme in long-term symptomatic therapy of patients with cystic fibrosis and severe pulmonary impairment (subgroup analysisof a Phase III randomized open-label clinical trial (NCT04468100)). *PLoS ONE*, *16*(12 December), 1–15. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261410

[4] BIERLAAGH, M. C., Muilwijk, D., Beekman, J. M., & van der Ent, C. K. (2021). A new era for people with cystic fibrosis. *European Journal of Pediatrics*, *180*(9), 2731–2739. https://doi.org/10.1007/s00431-021-04168-y.

[5] BONO-NERI, F., Romano, C., & Isedeh, A. (2019). Cystic Fibrosis: Advancing Along the Continuum. *Journal of Pediatric Health Care*, *33*(3), 242–254. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.08.008

[6] Burgel, P. R., Durieu, I., Chiron, R., Ramel, S., Danner-Boucher, I., Prevotat, A., Grenet, D.,Marguet, C., Reynaud-Gaubert, M., MacEy, J., Mely, L., Fanton, A., Quetant, S., Lemonnier,L., Paillasseur, J. L., Da Silva, J., & Martin, C. M. (2021). Melhora rápida após iniciar elexacaftor-tezacaftor-ivacaftor em pacientes com fibrose cística e doença pulmonar avançada. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *204*(1), 64–73. https://doi.org/10.1164/rccm.202011-4153OC

[7] CHEN, Q., SHEN, Y., & Zheng, J. (2021). A review of cystic fibrosis: Basic and clinical aspects. *Review Article*, *4*(3), 220–232. https://doi.org/10.1002/ame2.12180

[8] FURTADO, A. D. N., Costa, E. S. da, Paixão, F. dos S., Brito, I. M. G., Silva, R. N. da, Calandrini, T. do S. dos S., & Menezes, R. A. de O. (2019). Assistência De Enfermagem NaFibrose Cística: Uma Revisão De Literatura Capítulo 11 Pesquisa Em Saúde E Enfermagem: Inovação À Ciência. *Epitaya*, 116–124.

[9] GRAEBER, S. Y., Dopfer, C., Naehrlich, L., Gyulumyan, L., Scheuermann, H., Hirtz, S., Wege, S., Mairbäurl, H., Dorda, M., Hyde, R., Bagheri-Hanson, A., Rueckes-Nilges, C., Fischer, S., Mall, M. A., & Tümmler, B. (2018). Effects of lumacaftor-ivacaftor therapy on cystic fibrosis transmembrane conductance regulator function in Phe508del homozygous patients with cystic fibrosis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *197*(11), 1433–1442. https://doi.org/10.1164/rccm.201710-1983OC

[10] JAIN, K., Wainwright, C., & Smyth, A. R. (2018). Bronchoscopy-guided antimicrobial therapyfor cystic fibrosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2018*(9). https://doi.org/10.1002/14651858.CD009530.pub4

[11] Jaques, R., Shakeel, A., & Hoyle, C. (2020). Novel therapeutic approaches for the management of cystic fibrosis. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, *15*.https://doi.org/10.4081/mrm.2020.690

[12] KOVÁCS, M. J. (1992). Morte e desenvolvimento humano. In *Acta méd. (Porto Alegre)*. Lechowicz, K., Drożdżal, S., Machaj, F., Rosik, J., Szostak, B., Zegan-Barańska, M.,Biernawska, J., Dabrowski, W., Rotter, I., & Kotfis, K. (2020). COVID-19: The potentialtreatment of pulmonary fibrosis associated with SARS-CoV-2 infection. *Original Article*, *9*(6),1–20. https://doi.org/10.3390/jcm9061917

[13] LEDERER, D. J., & Martinez, F. J. (2018). Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *Revista Medica Clinica Las Condes*, *26*(3), 292–301. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.06.006

[14] LESSA, D. (2020). Adaptação da capacidade hospitalar em resposta à pandemia por Covid-19. *Portal Fiocruz*, 1 página. https://portal.fiocruz.br/noticia/adaptacao-da-capacidade- hospitalar-em-resposta-pandemia-por-covid-19

[15] LI, H., Valkenier, H., Thorne, A. G., Dias, C. M., Cooper, J. A., Kieffer, M., Busschaert, N., Gale, P. A., Sheppard, D. N., & Davis, A. P. (2019). Anion carriers as potential treatments for cystic fibrosis: Transport in cystic fibrosis cells, and additivity to channel-targeting drugs.*Chemical Science*, *10*(42), 9663–9672. https://doi.org/10.1039/c9sc04242c

[16] LOPES-PACHECO, M. (2020). CFTR Modulators: The Changing Face of Cystic Fibrosis inthe Era of Precision Medicine. *Frontiers in Pharmacology*, *10*(February), 1–29. https://doi.org/10.3389/fphar.2019.01662

[17] MIDDLETON, P. G., Mall, M. A., Dřevínek, P., Lands, L. C., McKone, E. F., Polineni, D., Ramsey, B. W., Taylor-Cousar, J. L., Tullis, E., Vermeulen, F., Marigowda, G., McKee, C. M., Moskowitz, S. M., Nair, N., Savage, J., Simard, C., Tian, S., Waltz, D., Xuan, F., … Jain,

[18] R. (2019). Elexacaftor–Tezacaftor–Ivacaftor para fibrose cística com um único alelo Phe508del. *New England Journal of Medicine*, *381*(19), 1809–1819. https://doi.org/10.1056/nejmoa1908639

[19] MOURA, A. C. A., & PINHEIRO, D. N. (2019). OUTPATIENT NURSING CARE FOR CYSTIC FIBROSIS PATIENTS. *Journal of Nursing*.

[20] MOURA, A., LUNARDI, R., Volpato, R., Nascimento, V., Bassos, T., & Lemes, A. (2018). Fatores Associados À Ansiedade Entre Profissionais Da Atenção Básica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *19*. https://doi.org/10.19131/rpesm.0198

[21] OLIVEIRA, É. A., Voltarelli, J. C., Santos, M. A., & Mastropietro, A. P. (2005). Intervenção Junto À Família Do Paciente Com Alto Risco De Morte. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, *38*(1), 63. https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v38i1p63-68

[22] OOI, C. Y., Syed, S. A., Rossi, L., Garg, M., Needham, B., Avolio, J., Young, K., Surette, M.G., & Gonska, T. (2018). Impact of CFTR modulation with Ivacaftor on Gut Microbiota and Intestinal Inflammation. *Scientific Reports*, *8*(1), 1–8. https://doi.org/10.1038/s41598-018- 36364-6

[23] PATIL, N., Karjodkar, F. R., Sontakke, S., Sansare, K., & Salvi, R. (2019). Uniqueness of radiographic patterns of the frontal sinus for personal identification. *Review Article*, *42*(4), 213–217. https://doi.org/10.5624/isd.2012.42.4.213

[24] PECK, T. J., & Hibbert, K. A. (2019). Avanços recentes na compreensão e gestão de ards. *F1000Research*, *8*, 1–10. https://doi.org/10.12688/f1000research.20411.1

[25] RIBEIRO, E. G., Souza, E. L. de, Nogueira, J. de O., & Eler, R. (2020). Saúde Mental na Perspectiva do Enfrentamento à COVID -19: Manejo das Consequências Relacionadas aoIsolamento Social. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva - REVESC*, *5*(1), 47–57. https://www.revesc.org/index.php/revesc/article/view/59

[26] SCHECHTER, M. S. (2018). Reavaliando as abordagens das exacerbações pulmonares da fibrose cística. *Pediatric Pulmonology*, *53*(April), S51–S63. https://doi.org/10.1002/ppul.24125

[27] SEMANIAKOU, A., Croll, R. P., & Chappe, V. (2019). Animal models in the pathophysiologyof cystic fibrosis. *Frontiers in Pharmacology*, *9*(JAN), 1–16. https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01475

[28] TAYLOR-COUSAR, J. L. (2020). CFTR modulators: Impact on fertility, pregnancy, and lactation in women with cystic fibrosis. *Journal of Clinical Medicine*, *9*(9), 1–11. https://doi.org/10.3390/jcm9092706

[29] WU, H., Yu, Y., Huang, H., Hu, Y., Fu, S., Wang, Z., Shi, M., Zhao, X., Yuan, J., Li, J., Yang,

[30] X., Bin, E., Wei, D., Zhang, H., Zhang, J., Yang, C., Cai, T., Dai, H., Chen, J., & Tang, N. (2020). Progressive Pulmonary Fibrosis Is Caused by Elevated Mechanical Tension on Alveolar Stem Cells. *Cell*, *180*(1), 107-121.e17. https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.11.027

[31] YAN, Z., McCray, P. B., & Engelhardt, J. F. (2019). Advances in gene therapy for cystic fibrosis lung disease. *Human Molecular Genetics*, *28*(R1), R88–R94.https://doi.org/10.1093/hmg/ddz139

CAPÍTULO

05

Processamento de artigos para a saúde: uma narrativa das formas de validação do processo do centro de material e esterilização

Fátima Valente Leite[1], Gleise da Costa Lima[2], Graciana de Sousa Lopes[3], Renata Silva Campos[4]

1. INTRODUÇÃO

Em meados do século XIX, iniciou a preocupação com materiais que eram utilizados em procedimento invasivos. Desde então surgiu uma nova evolução em relação ao processo de esterilização, um deles foi lançado por Joseph Lister que reduziu a mortalidade dos seus clientes utilizando fenol em fios de sutura e compressas. Isso era um procedimento realizado constantemente, porém, em 1880 ficou evidente que os micro-organismos estavam resistentes, logo viram a necessidade de elevar a temperatura acimade 100°C (GRAZIANO et al., 2000).

As estruturas físicas do ambiente eram muito pequenas e considerando a complexidade do processo realizado, as questões administrativas gerenciáveis não correspondiam as demandas no que se referia ao conhecimento em relação a cuidados e manuseios (CRUZ, 2004).

Os cuidados com os artigos para a saúde, requer técnicas de manuseios e transporte dos materiais contaminados que são controlados pela CME, antes mesmo do contato direto com os pacientes (TIPPLE, 2004).

Após a criação, adaptação e aperfeiçoamento do local destinado à limpeza e esterilização dos artigos para a saúde a Central de Material e Esterilização (CME) constitui um setor muito importante para o preparo dos materiais que são utilizados em todo ambiente hospitalar (BRASIL, 2012).

A modernização e os avanços tecnológicos fizeram-se importantes para os profissionais de saúde, que prestam assistência no CME. Exige-se dos profissionais uma qualificação e conhecimento específico, na preparação dos artigos de saúde dentro da Central de Material e Esterilização no que diz respeito a educação continuada e que é uma aliada nesse desenvolvimento contínuo (GONÇALVES, 2016).

Todos os materiais pós cirúrgicos ou pós utilizados, para todos os fins de cuidados com os pacientes, são contaminados por agentes patológicos que são nocivos à saúde dos profissionais, que podem ser desencadeados por outros fatores de risco como agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (SOBECC, 2013).

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: enfer.fat@gmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail:gleiselima41@gmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. E-mail: gracilopess@hotmail.com
[4] Enfermeira com especialização em UTI ADULTO. E-mail: rennatasilva.campos@gmail.com

O CME trabalha em conjunto com a Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH), para que haja uma difusão e a prevenção e diminuição de disseminação dos agentes patogênicos (COUTO, 2003).

Composta por uma equipe dinâmica, competente disciplinada a CME éconstituída pela equipe operacional e tática, sendo, respectivamente, os técnicos deenfermagem e seus superiores enfermeiros que, gerenciam os trabalhos e padronizam o processo produtivo que inicia-se desde o recebimento até a distribuição dos materiaispara uso e suas finalidades (STRIEDER, 2019).

Os hospitais do território brasileiro tem por obrigação de manter, a Comissão do Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) que no qual estabelece regras de ações avançadas e sistematizadas, com intuito de diminuir as infecções hospitalares. Ligadas a outras medidas de impulso ao uso de antimicrobianos no ambiente de saúde, torna-se dentre outras a principal prevenção mundial pelo avanço de bactérias resistentes (LACERDA, 2003).

No contexto que norteia a área de melhorias para a adequada tratativa referente a capacitação, treinamento e educação continuada para a equipe técnica que lida com os pacientes e também para quem atua no CME, podemos citar palestras, seminários e também leitura periódica de artigos recém publicados para trazer mais conhecimento técnico que, envolve práticas de avanços para melhores serviços dentro dos hospitais, reduzindo as falhas ou erros que envolvam a saúde humana (SOUZA, et al., 2004).

O objetivo geral desse artigo é discutir sobre a importância do correto manuseio e cuidados que envolvem os procedimentos na CME logo, levantou-se a preocupação em descrever as principais formas de validação do processamento de artigos para saúde e sua importância além de apresentar e descrever as principais atividades do enfermeiro dentro do setor, assim como identificar os riscos ocupacionais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. HISTÓRICO DO CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR

Desde a idade média, aconteceram descobertas referentes as infecções relacionadas à saúde humana. Várias pesquisas e observações foram realizadas para detectar as causas de disseminação de doenças a fim de prevenir ou remediar os efeitos desconhecidos para cada tipo de infecção (FERNANDES et al., 2000).

Francastorius foi médico italiano que fez algumas descobertas sobre micro-organismos com base em relatos feitos por marinheiros que presenciaram as contaminações infecciosas durante as expedições. De acordo com Rodrigues (1997), Francastorius abordou os mecanismos de transmissão da seguinte forma:

a) Por contato direto, pelo simples contato como na escabiose, tuberculose e hanseníase;

b) Por contato indireto, pelos fômites como roupas e objetos e por transmissão adistância;

c) Sem contato direto e pelos fômites, como na peste e na varíola.

Outro contribuinte para que outras descobertas fossem possíveis para o ramo da saúde e da biologia, foi Anton Van Leeuwenhock. Ele foi quem criou o microscópio e a partir desse valioso equipamento, foi possível visualizar os micro-organismos

presentes no ambiente que não pode ser vistos a olho nu, facilitando os estudos de bactérias entre outros seres que podem ser nocivos à saúde humana e também animal. A partir dessa invenção de Leeuwenhock a ciência teve um expressivo avanço tecnológico, aperfeiçoando vários tipos de microscópios científicos a fim de evoluir os estudos de outros componentes existentes para o ser humano (PELCZAR et al., 1996).

As descobertas referentes ao combate a infecções hospitalares também tiveram um grande avanço com uma técnica criada por Joseph Lister que a partir dos estudos de Pasteur para os casos de fermentação relacionada a micro-organismos da indústria vinícola. Lister acreditava que os micro-organismos estavam presentes no ar e dessa forma causavam danos a pacientes recém operados. Desenvolveu uma forma de vaporizar ácido carbólico (ácido fênico) onde seriam realizados os atos cirúrgicos. Após seu primeiro experimento onde um garoto de 12 anos passou por procedimentos cirúrgicos após uma fratura exposta na tíbia, Lister utilizou ácido carbólico adaptado a um perfume e vaporizou todo o campo operatório. Sua experiência foi um sucesso, pois a partir dessa descoberta o número de casos envolvendo infecções diminuíram drasticamente. Lister contribuiu para uma nova etapa histórica cirúrgica, chamada medicina antisséptica (RODRIGUES, 1997).

2.2. ASPECTOS RELACIONADOS À INFECÇÃO HOSPITALAR

Após diversas pesquisas relacionadas a infecções que acometiam as pessoas, percebeu-se que desde a idade média pôde ser comprovada que há diversas formas de contágios e as sequelas que poderiam permanecer de acordo com cada tipo de organismo. Considerando que os tipos de contágios podem ser tanto pelas vias endógenas quanto pelas vias exógenas as infecções podem ocorrer também pelo ar,fatos estes comprovados por Francastorius e Joseph Lister (MONTEIRO et al., 2000).

De acordo com Couto (2003), a fim de diminuir os riscos das infecções hospitalares, Florence Nightingalle adotou uma rotina para que cada enfermeira mantivessem os registros de óbitos considerando os riscos de contaminação, rotina que se tornou um sistema tão utilizado nos dias atuais.

Técnicas de higiene básica nos ambientes hospitalares adotadas por Florence, priorizando a limpeza, iluminação natural, ventilação, odores, calor, ruídos e sistema de esgoto foram iniciativas importantes, implementadas para que não houvesse qualquer tipode interferência microbiológica que favorecesse os mais diversos tipos de infecções e foram tão necessárias que impactaram expressivamente os números de mortes durantes a guerra (FELIX, 2013).

No entanto, atualmente, os cuidados que partem da Central de Material e Esterilização tem crescido consideravelmente, uma vez que, trata-se dos cuidados indiretos prestados aos pacientes e requer minuciosidade durante seu processo, não apenas por parte do ambiente em que se localiza, mas a todos os envolvidos queexecutam suas atividades neste setor (OLIVEIRA, 2008).

2.3. O CENTRO CIRÚRGICO

O centro cirúrgico pode apresentar muitos riscos à saúde do paciente. Apesar de ter toda a assepsia controlada, existem fatores desconhecidos que podem causar infecções ao paciente. Segundo Lacerda (2003), a permanência excessiva do paciente no

centro cirúrgico aumentam as chances de contaminação especialmente com bacilos Gram-negativos aeróbicos. O autor destaca três princípios básicos para evitar riscos de infecções no ambiente cirúrgico tais como:

> Minimização quantitativa e qualitativa de penetração de microrganismo; Condições dos mecanismos de defesa do paciente; Técnicas operatórias e habilidades da equipe cirúrgica de estabelecer as condições, as mais favoráveis possíveis, para evitar apenetração e a proliferação de microrganismos e estabelecer o processo de cicatrização o mais rápido possível. (LACERDA 2003, p.364)

O setor que atua no processamento de esterilização e cuidados com os instrumentos antes de disponibilizá-los aos centros cirúrgicos é o CME (Central de Material e Esterilização), onde se iniciam os cuidados indiretos com os pacientes durantes as cirurgias entre outros cuidados. Os procedimentos corretos durante os manuseios dos artigos dentro do setor responsável por essa esterilização requer cuidados que se iniciam desde o recebimento, limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento, distribuição e controle dos materiais para os diversos setores da unidade hospitalar (BRASIL, 2012).

Os cuidados com os materiais cirúrgicos demandam, pincipalmente, do conhecimento técnico e constante aprendizagem de como manusear e disponibilizá-los. Tais cuidados com os riscos de infecção exigem, de toda a cadeia, atenção e responsabilidade com foco na saúde do paciente e também de quem utiliza os artigos para a saúde (OLIVEIRA, 2008).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo Revisão Narrativa da Literatura (RNL), que é um método que proporciona uma discussão com base nas diversidades de informações obtidas, para confrontar as teorias relevantes de fontes heterogêneas (RIBEIRO, 2014).

Para coleta de dados, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), sites de pesquisas como a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilização (SOOBEC), Revista Eletrônica Acervo Saúde (ACERVO) mediantes os seguintes descritores: “validação” “capacitação” e “enfermagem”.

Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa, publicados no período de 2018 a 2023, que tratam do tema pesquisado.

Critérios de inelegibilidade foram: Artigos com texto incompleto, resumos, monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado.

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade e inelegibilidade analisando os títulos, posteriormente foi realizada a verificação dos resumos e finalmente os artigos foram lidos na integra, em seguida elaborado um instrumento para a apresentação dos resultados alcançados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. VALIDAÇÃO E ATIVIDADES DO ENFERMEIRO DENTRO DO SETOR

O enfermeiro atua de forma coordenada dentro do CME, logo, é responsável também pelas técnicas e organizações dos serviços de desinfecção e esterilização, que inicia-se nas admissões dos PPS até a entrega para cada setor de destino, além de aplacar possíveis conflitos entre as equipes (COSTA, et al., 2020).

Assim, o CME é composto por etapas que dão início no recebimento, expurgo, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição para os setores de destino. Com esse fluxo destacamos que a limpeza é a primeira etapa que garante que o processo de desinfecção e esterilização seja seguro e eficaz. A realização de monitoramento de todas as etapas pela qual o PPS passará, deve ser observada do inicio ao término do processo, para que não haja comprometimento no resultado final (ALVIM, et al., 2019).

De acordo com Reginaldo (2021), dependendo da instituição onde serão realizados os procedimentos de desinfecção, considerando os gastos com equipamentos e produtos químicos devido a alta complexidade, deve-se observar também que a equipe operacional que manipula tanto os artigos para saúde quanto equipamentos e produtos, deve ser capacitada, pois tais custos com o tipo de tratamento adequando e PPS variam. São considerados os tipos de desinfecção:

a) Físicos: Onde são utilizados os tratamentos que exercem sua ação por meio do calor;

b) Químico: Tratamento com produtos desinfetantes que possuem substâncias químicas apropriadas;

c) Físico-Químico: Junção das aplicações de esterilização físicas, que promovem a utilização de equipamentos térmicos particulares, acompanhada de produtos químicos adequados para este fim.

Contudo a importância de seguir o procedimento padrão está inteiramente ligada à boa funcionalidade das etapas para o processo de esterilização altamente segura. Antes de iniciar os procedimentos de desinfecção e esterilização, o profissional da saúde deve realizar os testes nos equipamentos da CME, observando previamente o POP. O conhecimento técnico e os treinamentos periódicos devem abranger a devida utilização dos produtos utilizados nos testes químicos, considerando que estes mesmos produtos químicos sofrem diversas reações indicando o bom funcionamento dos equipamentos ou alertando falhas devido às reações físicas e biológicas (MOREIRA, et al., 2022).

Um dos testes realizados na autoclave chama-se Bowie Dick, em homenagem a dois senhores que publicaram um artigo em 1963, o Dr. Bowie e o Sr. Dick, que validarama ineficiências dos testes a vácuo da época, nas autoclaves que deixavam bolhas residuais remanescentes de massas porosas, envolvendo a esterilização esperada no cerne dessas massas. A falha é indicada quando o resultado da folha de teste tem aparência não uniforme em razão do surgimento de gases que podem ocorrer durante a formação do vácuo e esses agem como barreira mecânica impedindo que o vapor entre em contato com os produtos para a saúde a serem esterilizados, contudo, a autoclavenão deve ser utilizada e deve-se reportar ao supervisor do turno e em seguida aoengenheiro de manutenção para seu reparo, pois o fato justificado se dá por falha no sistema de pré-vácuo. (SOUZA, et al., 2021). A Figura 3 apresenta um exemplo do teste Bowie Dick.

Figura 3 - Teste Bowie Dick

A) B) C)

Fonte: Arquivo pessoal; A) Bowie Dick; B) Teste satisfatório; C) Teste não satisfatório.

O indicador químico é uma das formas de validação e o enfermeiro deve estar atento as suas alterações. Se apresentar falhas em seu processo, será necessário à investigação e correção dos possíveis resultados não satisfatórios. (LIMA, et al., 2021). A Figura 4 apresenta um exemplo do integrador.

Figura 4 - Indicador químico integrador tipo 5

A) B)

C)

Fonte: Arquivo pessoal; A) Integrador; B) Integrador satisfatório; C) Integrador não satisfatório.

Os relatos obtidos por meios bibliográficos mostram que há uma carência na expansão das funcionalidades de uma central de esterilização. Durante as etapas de aprendizagem nas universidades, o conteúdo bem explanado envolve a gestão de pessoas e recursos para atender o campo tático ou estratégico, podendo trazer, ao enfermeiro gestor, uma noção no trato com a equipe e suas dificuldades (MIRANDA, et al., 2019).

Tão importante quanto saber liderar, é saber desenvolver habilidades técnicas dentro da equipe e ser referência de conhecimentos técnicos dentro do CME. O Enfermeiro gestor é o responsável por todas as etapas que compreendem o controle e cuidados com os artigos para saúde, garantindo a qualidade e o bom funcionamento de todo o processo na central de material e esterilização (PEREIRA, et al., 2019).

No que diz respeito a certificação, algumas empresas possuem a ISO 9001 que padroniza todas as etapas do processamento de um produto ou serviço, ocorrendo de forma coordenada e seguindo um fluxo sistêmico de qualidade certificada por órgãos competentes que garantem a excelência dos serviços prestados e que está interligada a

segurança do paciente, assim, oferecendo mais credibilidade em seus serviços (BRASIL, 2005).

Observar os cuidados com manutenções preventivas na autoclave garantem um processo de esterilização mais assertivo, pois existem contaminantes que reagem a partir do vapor decorrente da qualidade da água, causando mais resistências de esterilização durante o funcionamento de limpeza. Existem normas que recomendam os controles de vapores a qual podemos referenciar o relatório técnico n^0 34 da Association for the Advancement of Medical Instrumentation que traz em uma de suas recomendações a consulta ao manual de instruções de cada equipamento quanto ao uso da água bem como a norma EN285 a qual valida ensaios de qualidade de vapor (SOUZA, et al., 2021).

O aprendizado adquirido das novas equipes admitidas no CME é advindo das experiências repassadas pelos veteranos que passam os treinamentos de forma que estes novos colaboradores executem suas atividades rotineiras. Por essa razão o aprofundamento, no que tange a CME e suas funcionalidades, requer uma extensão no currículo universitário preparando o profissional da saúde para um vasto campo de oportunidade (SILVA, et al., 2018).

O aprendizado e desenvolvimento contínuo é uma das qualidades que tornam qualquer profissional um agente de excelência. A adaptabilidade aos diversos ambientes e atualização das novas tecnologias trazem novos recursos que aprimoram e facilitam a interação entre as equipes e clientes que estão inteiramente ligados dentro do processo de CME. Cada atividade exercida dentro do ambiente de esterilização tem um histórico e com o passar dos anos a forma de trabalhar passou por renovações, por esta razão, deve haver uma continuidade na evolução do manuseio com os materiais para saúde e técnicas de organização no trabalho prático e gerencial com o PPS (ARAÚJO, et al., 2023).

Os produtos utilizados no processamento de limpeza dos artigos para saúde são compostos por combinações as quais tornam o trabalho mais fácil. O uso de detergentes enzimáticos é um exemplo de produto com alta eficiência na remoção de substâncias contidas nos instrumentos após sua utilização no ambiente hospitalar (CENTURIÓN, et al., 2019).

Todo acompanhamento necessário para manter a qualidade e o processo de esterilização seguro, utiliza-se de ferramentas de qualidades e recursos tecnológicos que trazem ao CME uma garantia de que todo trabalho executado segue uma linha produtividade comparada ao chão de fábrica de uma indústria que se preocupa em manter um padrão eficaz. Um processo de rastreabilidade também é um suporte para que se tenha uma visão dos detalhes de cada etapa por onde os instrumentos passaram, a fim de elucidar as melhorias necessárias caso ocorram falhas e posteriormente um gasto com os agravos para a saúde dos pacientes (BENTO, et al., 2022).

A figura do enfermeiro na unidade do CME é fundamental para que o processo de validação ocorra de acordo com o organograma funcional a fim de trazer ordem durante todas as etapas de funcionalidades. A orientação adequada para a equipe requer um cuidado específico para que os conflitos sejam mitigados e a fluidez das etapas técnicas ocorram sem riscos ou danos a saúde de todos os envolvidos na utilização dos artigos para saúde. De tudo o que se espera de uma gestão exemplar, o enfermeiro deve ser o líder que agrega valor á equipe (RIBEIRO, et al., 2019).

4.2. RISCOS OCUPACIONAIS DENTRO DO CME

A equipe de enfermagem dentro da CME está exposta a diversas ameaças sendo elas: química, física, biológica, psicossociais e ergonômicas. O mau uso dos equipamentos de proteção EPI'S a postura e ação repetitiva devido a longa jornada de trabalho e mobilidade excedentes podem acarretar grandes fatores que contribuem para o adoecimento dessa categoria (GONÇALVES, et al., 2019).

Nesse contexto, no que diz respeito a saúde da equipe de enfermagem, de como eles trabalham e administram seu tempo, requer uma cuidado redobrado quanto ao conhecimento de comportamentos seguros, uma vez que qualquer descuido pode ser danoso e muito prejudicial para sua saúde. O trabalho da enfermagem deve ser preciso e sistemático, pois esta categoria sofre muito com as doenças ocupacionais, que são uma das principais causas de absenteísmo desses profissionais (ALVES et al., 2022).

Dentro do ambiente tecnicista que abrange as atividades no CME, verificou-se que atualmente, o gênero feminino tem uma porcentagem expressiva executando atividades operacionais diversas. Há uma oportunidade de recriação do desenho de distribuição e atribuições de atividades que permitam a diversidade e inclusão para que o trabalho se torne mais efetivo e colaborativo (REGO et al., 2020).

O comportamento seguro deve ser características de cada indivíduo, pois a conscientização das consequências da falta de atividades físicas e não participação de ginásticas laborais oferecidas pela instituição, podem somatizar os problemas ergonômicos que podem trazer sequelas graves ao cotidiano de cada colaborador. De acordo com as normas técnicas de trabalho, o empregador têm por obrigação disponibilizar atividades físicas e palestras que abordem conceitos e exemplos para um ambiente de trabalho seguro e, em contrapartida, o empregado deve ser responsável por sua qualidade de vida (MACHADO et al., 2019).

As etapas pós utilização dos artigos para saúde advindas do centro cirúrgico e demais setores, passam por um critério de segurança a qual pode trazer problemas para a saúde, caso não seja manuseado corretamente. Tão importante quanto os cuidados com o manuseio dos instrumentos, a observância das estruturas físicas do setor devem ser, criteriosamente fiscalizada, para evitar danos tanto aos colaboradores quanto a instituição. A partir desta etapa, pode ser observada a orientação necessária para o manejo seguro do processamento de esterilização. O gerenciamento de riscos diversos durante essa etapa requer um cuidado específico para garantir a integridade física e psíquica dos técnicos do CME conectado aos pontos críticos que impossibilitam um lugar seguro considerando as estruturas físicas da unidade (BASTOS et al., 2019).

Algumas normas regulamentadoras norteiam os cuidados com os profissionais da saúde. São elas a NR 32 e NR 17, que tem amparo legal e segue os requisitos, estabelecendo a segurança do profissional quanto os riscos ocupacionais e quais os deveres e direitos dos empregadores e empregados para que se tenha um ambiente seguro e organizado (DA SILVA et al., 2023).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa trouxe o entendimento relacionado ao processamento de artigos para a saúde, o qual está intimamente interligado aos profissionais técnicos e enfermeiros, que

manipulam estes itens e gerenciam este setor realizando o processo de validação necessária sobre os materiais utilizados.

O desenvolvimento da explanação trouxe à luz o posicionamento das instituições referente a educação voltada a Central de Material e Esterilização o qual necessita de mais informações quanto ao que é executado. Assim como é importante manter os profissionais da saúde bem informados sobre o que é realizado dentro do setor. Enfatizar a importância do CME, que é um setor tão elementar, para que se tenha um bom funcionamento e enriqueça os cuidados tanto com os profissionais quanto na segurança dos seus pacientes ajuda a entender os riscos e os cuidados necessários quanto ao fluxo de cada etapa que é executada. Mostrando o que precisa ser melhorado operacionalmente assim como os fatores de gestão que envolvem tópicos inclusos na pirâmide operacional, tático e estratégico.

Historicamente foram observados o quanto a CME evoluiu e o quanto os comportamentos dentro da equipe foi melhorado, mas ainda existem muitas oportunidades as quais as fontes deste artigo podem contribuir para as próximas pesquisas a fim de abordarem novos temas que manterão a melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

[1] ALVES Winícius de Carvalho; Rosemary Silva da Silveira A importância da segurança dos trabalhadores de enfermagem no ambiente de trabalho na prevenção dos riscos ocupacionais **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e5711527811, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27811

[2] ALVIM, Andre Luiz; Ramos, Marcela Silva; Durão, Poliana Mara Silva. **Rev. SOBECC** ; 24(2): 57-61, abr-.jun.2019.Artigo em Português

[3] | LILACS, BDENF - Enfermagem | ID: biblio-1006157 Biblioteca responsável: BR2499

[4] ANVISA. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html. Acesso em 20.05.2022.

[5] ARAÚJO MONIQUE DE CÁSSIA SOUZA; HUBNER, M. G.; SANTOS, D. P.; DE FARIA, L. D. P. Desafios dos enfermeiros que atuam em centro de material e esterilização: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFJF**, *[S. l.]*, v. 8, n. 1, 2023. DOI: 10.34019/2446-5739.2022.v8.39632. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/39632. Acesso em: 2 abr. 2023.

[6] BENTO, L. C. dos S.; DAFLON, Y. C.; DA SILVA, C. R. L. Desenvolvimento de sistema de rastreabilidade automatizada de baixo custo para centro de material e esterilização. **Revista SOBECC**, *[S. l.]*, v. 27, 2022. DOI: 10.5327/Z1414-4425202227801. Disponível em: https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/801. Acesso em: 3 abr. 2023

[7] CENTURIÓN, M. P. B.; SILVA, A. S. da; LOPES, L. de S.; ROMÃO, C. M. C. A. Detergentes enzimáticos no reprocessamento de produtos para a saúde. **Vigil Sanit Debate, Rio de Janeiro**, "Rio de Janeiro, Brasil", v. 7, n. 1, p. 33–41, 2019. DOI: 10.22239/2317- 269X.01248. Disponível em: https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1248. Acesso em: 3 abr. 2023.

[8] COUTO RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi: 2003.

[9] CRUZ, EA, Soares, E. A tecnologia em Centro Cirúrgico e o processo de trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm Anna Nery 2004; 8 (1): 109-115.

[10] DA SILVA RAIOL, L. .; DE CASSIA DA CRUZ, G. .; SANTANA DO NASCIMENTO, J. .; LÚCIA DA SILVA FERREIRA, A. .; ALVES RIBEIRO, M. .; LORENA BEZERRA SARMANHO , C. .; GABRIELE BRITO MARQUES, A.

.; FRANCILENE DA SILVA GARCIA , M. .; KELLY MEDEIROS DA SILVA E SOUSA, K. .; LIRA DOS SANTOS, R. .; ALESSANDRA MELLO ALVES DA SILVA, K. .; YASMIM AIRES DA CRUZ, E. .; RAFAELA SILVA PIRES, B. .; GABRIELE PEREIRA DOS SANTOS, L. . Enfermagem na atenção a saúde do trabalhador. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**, *[S. l.]*, v. 19, 2023. Disponível em: https://www.periodicojs.com.br/index.php/easn/article/view/1246. Acesso em: 5 abr. 2023.

[11] FELIX; luchesi [et al]. ACADEMIA BRASILEIRA DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM – ABRADHENF. 2º. Colóquio de História da Enfermagem e 1º Simpósio do Laboratório de Estudos em História da Enfermagem –LAESHE, 2013. [Internt]. Disponível em: <http://www.abradhenf.com.br/admin/libraryImage/1/1541679799805be42aa4b2bc3. pdf> Acesso em: 07/09/2022. FLORÊNCIO; Ana Cleide U.S. [et al]. O impacto do trabalho do Centro de Materiais

[12] FERNANDES AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. A Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.

[13] GONÇALVES, F. S., & Magno, R. N. O. (2019). Ruído em centro de esterilização de material cirúrgico de um hospital da região norte do Brasil. ***Saúde Ética & Justiça*** , *24*(1), 10-18. https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v24i1p10-18

[14] GONÇALVES, Raquel C.S. [et al]. Prática operacional do enfermeiro no Centro de Material e Esterilização: Revisão Integrativa. Rer.enfer UFPE. RECIFE 2016. https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10394/11154. Acesso em 22.05.2022

[15] GRAZIANO, K.U.; SILVA, A .; BIANCHI, E.R.F. Limpeza, desinfecção, esterilização de artigos e anti-sepsia. In: FERNANDES, A. T. et ai. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**.** São Paulo: Atheneu, 2000. Cap 11, p. 266- 305.

[16] INMETRO. Pesquisa de qualidade das certificações ISO 9001. 2005. Disponível em: http://www.inmetro.gov.br/qualidade/pdf/Apresentacao_CB25_Rev0.pdf. Acesso em: 5 abril. 2023.

[17] ISKANDAR, J. A. I.; MUZEKA, A. L. P.; HAUS, C. M.; DE MELO, F. A. R. P.; MOTTER, A. A. Riscos biomecânicos e ocupacionais em uma central de materiais e esterilização. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, *[S. l.]*, v. 11, n. 2, p. 287–297, 2021. DOI: 10.17267/2238- 2704rpf.v11i2.3503. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/3503. Acesso em: 2 abr. 2023.

[18] LACERDA, Rúbia Aparecida. Controle de Infecção em Centro Cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. Atheneu Editora. São Paulo, 2003.

[19] LIMA, T. N. da S. .; MARTINS , T. de G. .; INÁCIO , L. H. da S. .; OLIVEIRA, Z. M. de .; BARBOSA, A. K. C. .; GONÇALVES, R. C. Da S. .; SÉ, A. C. S. .; TONINI, T. . Knowledge of resident nurses on reading and recording the chemical indicator in the sterilization processes of health products. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 5, p. e4610514724, 2021. DOI: 10.33448/rsd- v10i5.14724. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14724. Acesso em: 17 apr. 2023.

[20] MACHADO, J. de J. B.; CABRAL, A. H. A visão dos profissionais de enfermagem sobre ergonomia aplicada na central de materiais e esterilização. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, *[S. l.]*, v. 22, n. 2, p. 72–76, 2021. DOI: 10.23925/1984- 4840.2020v22i2a6. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/40642. Acesso em: 2 abr. 2023.

[21] MIRANDA, A. R. .; PINHEIRO, M. G. .; REDA DA SILVA, E. . O processo de trabalho no centro de material e esterilização: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, *[S. l.]*, v. 9, n. 27, p. 33–45, 2019. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.27.33-45. Disponível em: https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/203. Acesso em: 1 abr. 2023

[22] MONTEIRO CEC. Lacerda RA. Paz MSO. Conceição VP. Paramentação cirúrgica: a aliação de sua adequação para a prevenção de riscos biológicos em cirurgias. Parte II: Os componentes da paramentação. Rev Esc Enferm USP 2000:34(2):185-95

[23] MOREIRAV. A. F.; LimaR. L. de; VetorazoJ. V. P. Atuação do enfermeiro na prevenção de infecção na central de material e esterilização: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 20, p. e11162, 26 out. 2022.

[24] OLIVEIRA R, Maruyama SAT. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do Estado. Rev Eletr Enferm [online]. 2008 Set [acesso 2022 Set 05]; 10(3):775-83. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a23.htm

[25] PEREIRA, R. A.; MARIA DE MORAIS, C.; JACINTA DOS SANTOS, S.; PATRICIO DE MIRANDA SILVEIRA, M. A atuação do enfermeiro frente às normas e rotinas relacionadas ao processamento de artigos na central de material de esterilização. **Revista Extensão**, v. 3, n. 1, p. 53-62, 1 out. 2019

[26] PELCZAR Junior MJ, Chan ECS, Krieg NR. Microbiologia: conceitos e aplicações. São Paulo (SP): Makron Books; 1996.

[27] REGINALDO, Daiane Signorini; Meneghete, Maria Cristina; Rodrigues, Francisco Carlos Pinto; Doro, Luciano Lemos; Fontana, Rosa ne Teresinha; Bittencourt, Vivian Lemes Lobo. **REME rev. min. enferm** ; 25: e1378, 2021. graf Artigo em Inglês, Português | LILACS, BDENF - Enfermagem | ID: biblio-1340543 Biblioteca responsável: BR21.2

[28] REGO GMV, Rolim ILTP, D'Eça Jr A, Sardinha AHL, Lopes GSG, Coutinho NPS. Quality of life at work in a central sterile processing department. **Rev Bras Enferm**. 2020;73(2):e20180792. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0792

[29] RIBEIRO,J.L.,P. Revisão De investigação e Evidência Científica. Psicologia, Saúde & Doenças, São Paulo, v.15, n. 3,p. 671-682, 2014.

[30] RIBEIROJ. M. da S.; do AmaralC. A.; de SouzaJ. P.; da SilvaS. L. B.; de BritoR. G.; NegrãoM. de S. O.; PompeuJ. da S.; de Jes us Santos PedrosaL. T. Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem no processo de esterilização de materiais cirúrgicos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 15, p. e1177, 7 out. 2019.

[31] RODRIGUES EAC. Infecções Hospitalares: prevenção e controle. São Paulo (SP): Sarvier; 1997.

[32] SILVA, Júlio César Bernardino da; Silva, Adrielly Augusta Oliveira Braz da; Oliveira, Diego Augusto Lopes; Silva, Cíntia de Carvalho; Barbosa, Lidiane Marinho da Silva; Lemos, Maria Eduarda Peixoto; Calado, Raíssa Soares Ferreira; Santos, Raquel Cabral. ***Rev. enferm. UFPE on line*** *; 12(10): 2883-2890, out. 2018. ilus, tab* Artigo em Português | BDENF - Enfermagem | ID: biblio- 997122 Biblioteca responsável: BR9.1

[33] SOUZA, Mara Cristina Bicudo de e Ceribelli, Maria Isabel Pedreira de Freitas. Enfermagem no centro de material esterilizado: a prática da educação continuada. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2004, v. 12, n. 5 [Acessado 7 Março 2023], pp. 767-774. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000500010>.Epub 10 Jan 2005. ISSN 1518-8345. https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000500010.

[34] SOUZA, R. Q. de; RODRIGUES, S. B.; MIGUEL, E. A.; GRAZIANO, K. U. Fatores relacionados à qualidade do vapor para esterilizaçãode produtos para saúde. **Revista SOBECC**, *[S. l.]*, v. 26, n. 4, 2022. DOI: 10.5327/Z1414-4425202100040003. Disponível em: https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/721. Acesso em: 1 abr. 2023.

[35] SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização Práticas Recomendadas, 5. ed. São Paulo: SOBECC;2013.

[36] STRIEDER; Alice T. [et al]. Atuação do Enfermeiro no Processo de Limpeza em um Centro de Material e Esterilização. Ver. SOBECC. São Paulo, 2019. Disponível em: https://revista.sobecc.org.br/article/view/50. Acesso em: 21.05.2022.

[37] TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga et al. Equipamentos de proteção em centro de material e esterilização: disponibilidade, uso e fatores intervenientes à adesão. Cienc Cuid Saude., 2004 Out/Dez; 6(4):441-448.

CAPÍTULO

06

O impacto da covid 19 no tratamento da tuberculose em paciente portador do virus HIV

Fabiana Ribeiro Penha Borges[1], Marianne Teixeira da Silva[1], Graciana de Sousa Lopes[2]

1. INTRODUÇÃO

A epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da AIDS é um fenômeno global, dinâmico, instável, cuja ocorrência depende do comportamento humano individual e coletivo. Ao longo dos anos, o Brasil foi afetado pelo aumento do número de pessoas infectadas pelo HIV (SILVA et al., 2020).

Houve um índice de 10,3% no Brasil no ano de 2019, de novos casos de tuberculose diagnósticados como coinfecção pelo vírus HIV (TB-HIV) (BRASIL, 2021). Esse dado representa uma grave falha da saúde pública, enquadrando o país como um dos epicentros de controle epidemiológico da coinfecção. Tal fato reflete os fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos, caracterizando a prevalência da enfermidade nas diversas regiões do país (CAVALIN RF, et al., 2020).

A maior sobrevida dos pacientes infectados pelo HIV possibilitou novas descobertas, como doenças oportunistas crônicas e também aquelas que se desenvolvemmesmo com níveis elevados de células TCD4+. As doenças oportunistas e outras complicações decorrentes da imunodeficiência são as causas de morbimortalidade em doentes com AIDS. À medida que o déficit imunológico se agrava, a probabilidade de instalação de infecções oportunistas aumenta. Dependendo do número de linfócitos CD4+, a ocorrência de algumas infecções torna-se mais capaz que outras (BRASIL 2020).

O período pandêmico causado pelo vírus SARS-CoV-2 trouxe não só consequências biomédicas e epidemiológicas em todo o mundo, mas também consequências e efeitos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias (SILVA, 2020).

O virus Covid-19, descoberto há priore em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, tem a possibilidade de causar pneumonia viral, cujas complicações podem ser fatais. A convergência de duas doenças – tuberculose e Covid-19 – parece apontar para um cenário pessimista. Embora alguns avanços tenham ocorrido, como teste rápido, dose fixa combinada, comprimido de 300 mg de isoniazida, estes não foram suficientes para controlar a TB (MACIEL et al., 2020).

A alta prevalência da tuberculose nos estados brasileiros, com alta densidade populacional, principalmente nas grandes cidades, em um cenário caracterizado pelo subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), é um cenário que permite antever dificuldades no tratamento da doença. . COVID 19. Logo, o índice de individuos infectados com HIV, torna-se uma preocupação de saúde pública, diante a essa problemática, surge

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. Email: fabiiprb@gmail.com/marianneteix27@gmail.com
[2] Mestre em Enfermagem; Docentedo CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

as questões que norteiam a pesquisa: O que pode ser feito para melhorar a realidade dos pacientes que estão infectados com o vírus HIV?

A relevância do estudo se dá pela busca de estratégias em relação a tratamento aos pacientes com TB/HIV contaminados pelo COVID19, assim, as pesquisas tendem a aprimorar conhecimentos para comunidade acadêmica, quanto para comunidade geral, uma vez que a pandemia se tornou um assunto mundial principalmente na área da saúde, logo, se faz necessário pesquisas sobre a temática, o que justifica a elaboração desse trabalho.

Diante disso, o objetivo geral do trabalho é analisar o impacto da COVID 19 no tratamento da tuberculose em paaciente portador do vírus HIV. Onde foram levantados os objetivos específicos como: Identificar as barreiras para controle do HIV e Tuberculose na pandemia do COVID19 e discutir as ações voltadas para os pacientes em tratamento de tuberculose e HIV.

2.REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ASPECTOS RELACIONADOS AO HIV

Conforme dados disponibilizados pelo Ministério da saúde, o HIV (Síndrome da Imunodeficiência Humana) é uma doença viral de grande distribuição mundial. A AIDS identificou primeiramente nos Estados Unidos e refere-se como a mais nova pandemia da era atual (BRASIL, 2020).

O HIV-1 originou-se na África Central provalmente no inicio do século XX, quando um vírus chimpanzé infectou seres humanos pela primeira vez. Conforme o Ministério da Saúde essa disseminação global do HIV-1 iniciou-se provamente no final dos anos 1970 e que a AIDS teve o reconhecimento pela primeira vez em 1981. (SILVA et al., 2020).

Segundo o UNAIDS (2016), os linfócitos T CD4 são as células mais afetadas após um ataque viral. Portanto, foi comprovado cientificamente que o HIV faz cópias de si mesmo alterando o DNA dessa célula. E após a reprodução, rompe os linfócitos, procurando outros para continuar a infecção. No entanto, podem transmitir o vírus a outras pessoas por meio de sexo desprotegido, uso de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e amamentação, caso não tomem os devidos cuidados. Portanto, fica claro que no trabalho preventivo é sempre importante que a pessoa faça todos os exames necessários e seja constantemente informada sobre sua saúde. (BRASIL, 2021).

Desse modo, é possível verificar a definição do vírus HIV. Contudo, para que se melhor compreenda outras acepções do tema, se faz necessário estudar suas formas de transmissão, conforme se verá adiante (FREITAS, 2017).

2.2. FORMAS DE TRANSMISSÃO DO HIV

A infecção pelo HIV tem causa por um ou mais vírus, esse virus destroi de forma gradual alguns glóbulos brancos denomindados linfócitos CD4, que são responsáveis pela defesa do corpo contra células estranhas, organismos infecciosos e câncer. Logo, quando o HIV os linfócitos CD4, os individuos ficam vulneráveis ao ataque de muitos outros organismos infecciosos. No entanto, sabe-se que muitas complicações da infecção pelo

HIV, incluindo a morte, geralmente são devidas a outras infecções e não diretamente à infecção pelo HIV (BRASIL, 2021).

A infecção pode ocorrer por sexo vaginal sem camisinha, sexo anal sem camisinha, sexo oral sem camisinha, uso de seringa com mais de uma pessoa, de mãe infectada para filho durante a gravidez, por transfusão de sangue e piercing. ou cortadas, não estéreis (UNAIDS, 2016). A AIDS é a forma mais grave de infecção pelo HIV, é diagnosticada quando as pessoas com HIV desenvolvem certas doenças e são chamadas de doenças definidoras de AIDS. As seguintes doenças são consideradas doenças definidoras: infecções graves que ocorrem principalmente em pessoas com sistema imunológico enfraquecido (as chamadas infecções oportunistas), incluindo infecções fúngicas (como criptococose e pneumonia por Pneumocystis jirovecii) e infecções graves por herpes simples, certos tipos de câncer, como . câncer cervical, sarcoma de Kaposi e certos linfomas e distúrbios do sistema nervoso perda significativa de peso devido à infecção pelo HIV (consumo de AIDS) (BRASIL, 2017).

O vírus HIV pode ser facilmente adquirido, sobretudo por pessoas que não são instruídas corretamente acerca das possibilidades de infecção. Portanto, estando esclarecidas as hipóteses transmissão do vírus HIV. Os sinais e sintomas são: Linfonodos inchados, percebidos como caroços pequenos e indolores nopescoço, debaixo dos braços ou na virilha, placas brancas na boca causadas por uma infecção por leveduras (candidíase), cobreiro (herpes zóster), diarreia, fadiga, febre, às vezes com sudorese, perda de peso progressiva e anemia (BRASIL, 2021).

2.3. ASPECTOS RELACIONADOS A TUBERCULOSE – TB

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa causada pela bactéria Mycobacterium tuberculosis, também conhecida como bacilo de Koch. A doença afeta principalmente os pulmões (forma pulmonar), embora outros órgãos e/ou sistemas também possam ser afetados. A forma extrapulmonar, que afeta outros órgãos além dos pulmões, é mais comum em pessoas com infecção pelo HIV, especialmente aquelas com sistema imunológico enfraquecido (BRASIL, 2021).

Os sintomas geralmente incluem tosse com duração de três semanas ou mais, com ou sem muco, febre, suores noturnos, fadiga, dor no peito, perda de apetite e perda de peso são os principais sintomas da tuberculose. Nos casos mais graves, pode aparecer muco junto com sangue. O diagnóstico é simples e é feito por métodos laboratoriais como exame de escarro (microscopia de amostra de escarro, teste molecular rápido para tuberculose e cultura de escarro), achados de imagem como raio-X, tomografia, etc. e avaliação clínica cuidadosa. Idealmente, todos esses exames deveriam ser oferecidos na atenção básica urbana (BRASIL, 2019).

O tratamento é 100% gratuito, recomendado pelo SUS na unidade básica de saúde e tem duração mínima de seis meses, desde que realizado corretamente, sua eficácia garante 100% de cura. Sob a supervisão de um médico, para que o paciente não interrompa o tratamento. Após iniciar o tratamento por 15 dias, o paciente pode voltar à sua rotina normal, pois não tem mais a doença. (BRASIL, 2017). No Brasil, o diagnóstico da TB é feito de acordo com as recomendações do Manual Brasileiro de Controle da TB e é dividido em diagnóstico clínico, diferencial, bacteriológico, de imagem e histopatológico. e outros testes de diagnóstico (NET, 2021).

As diretrizes e recomendações para o diagnóstico laboratorial de micobactérias estão incluídas nas Diretrizes para o Diagnóstico Laboratorial da Tuberculose e Micobactérias Não Tuberculosas de Interesse em Saúde Pública no Brasil. O diagnóstico laboratorial da tuberculose é essencial tanto para detectar novos casos quanto para orientar a terapêutica. O principal objetivo de uma rede laboratorial relacionada ao combate à tuberculose deve ser a detecção dos casos de tuberculose, o acompanhamento da evolução do tratamento e a documentação da melhora ao final do tratamento (BRASIL, 2022).

Entretanto, não basta só o diagnóstico laboratorial, uma avaliação médica é relevante para diagnosticar a tuberculose, logo, os exames como a radiografia de tórax indicada como método adicional para esse diagnóstico (BRASIL, 2022). No tratamento dos casos de tuberculose são utilizados quatro sistemas principais: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (FREITAS, 2017).

A tuberculose é curável se o tratamento for feito corretamente até o fim. A função dos enfermeiros nocompanhamento do tratamento da tuberculose é através de assistência humanizada, propondo orientação e acolhimento. Considera-se um método eficaz para o tratamento é observar diretamente a terapia (DOT). O DOT tem a finalidade de monitorar os medicamentos ingeridos por um paciente com TB na supervisão de um agente de saúde ou outros profissionais capacitados, como assistentes sociais, desde que sob a supervisão de agentes de saúde (BRASIL, 2017).

O método de tratamento para um resultado eficaz deve ser feito diariamente, ou três vezes na semana. Deve-se também definir o local para tratamento. O paciente com tuberculose tem o dereito de ser informado de forma clara em relação a doença, diagnósticos e tratamento (duração e plano de tratamento, recomendações de uso de medicamentos, efeitos colaterais) (BRASIL, 2021).

3. METODOLOGIA

Estudo realizado através de uma revisão Integrativa de literatura, de forma exploratória, descritiva. Esse método fornece informações e resultados de pesquisas na prática e possui uma ampla abordagem metodológica que inclui conceitos, revisões teóricas, evidências e questões metodológicas. (ANDRADE, 2017). Para a coleta de dados foram utilizadas as bibliotecas científicas virtuais: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO), Biblioteca Nacional de Medicina (PUBMED) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) utilizando os seguintes descritores: "HIV" "COVID-19" " , "Tuberculosis" A Figura 1 apresenta um fluxograma das etapas de desenvolvimento da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram através de artigos originais publicados entre 2016 e 2022, disponíveis gratuitamente em português e inglês e que tratassem do tema em estudo.

Os critérios de exclusão foi em relação artigos com texto incompleto, resumos, monografias, teses, teses. Os artigos foram selecionados com base nos títulos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, em seguida, os resumos foram analisados e, por fim, foi realizada uma leitura na íntegra.

4. RESULTADOS

Utilizando os três DeCS: "HIV" AND "COVID-19" AND "Tuberculose", foram encontrados 120 artigos na totalidade nas bases de dados. Ao adicionar os critérios de inclusão e exclusão o número reduziu para 108. Após a análise das pesquisas, 12 publicações foram selecionadas para compor esta pesquisa.

Tabela 1: Descrição de artigos publicados no período de 2016 a 2022

	Título	Autor/idioma/ Ano	Base de Dados	Resultados
1	AIDS e COVID-19: entre olhares e experiências	FERREIRA, Brasileiro, 2021	Scielo	As barreias do controle deTB HIV foram relacionados a problemas socioeconomicos com relação a elementos sociais e culturais que influenciam no processo saúde-adoecimento-cuidado da covid-19.
2	Ações de enfermagem promotoras da adesão ao tratamento da tuberculose	NETO, brasileiro 2021	Scielo	As ações de enfermagem na adesão do tratamento da tuberculose estão voltadas as competências técnicas, éticas para informar e orientar os pacientes adequadamente ao tratamento correto.
3	Combate à tuberculose: de 1993 a 2035 durante a era da COVID-19	MACIEL, brasileiro 2021	Scielo	No Brasil, muitos dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à saúde de pacientes com tuberculose foram designados para cuidar de pacientes com COVID-19, o que teve um grande impacto negativo.
4	Tuberculose e COVID-19, o novo dueto maldito: quais as diferenças entre Brasil e Europa?	SILVA, Brasileiro, 2021	Scielo	O COVID 19 trouxe grande impacto a pacientes em tratamento de TB, alguns pacientes não continuaram seu, tratamento, com medo da contaminação, por falta de atendimento especializado no período pandêmico.
5	Impacto da COVID-19 no controle e reorganização da atenção à tuberculose	HINO, Brasileiro, 2021	Scielo	Muitos são os desafios impostos pela pandemia na COVID-19, particularmente no que diz respeito à manutenção das ações de controle da tuberculose. Busca-se implementação de políticas públicas orientadas ao enfrentamento de ambas as enfermidades
6	Tuberculose no Brasil: o impacto da pandemia de COVID-19	MAIA, Brasileiro, 2022	Scielo	Com a COVID-19, muitos pacientes já diagnosticados e em tratamento contra a tuberculose tiveram dificuldade de continuar com suas consultas, uma vez que houve uma redução dos recursos e da aplicação de políticas governamentais contra a TB,.
7	Tuberculose: uma doença mortal e negligenciada na era da COVID-19	MACIEL, brasileiro 2022	Scielo	Doenças devido às variantes mais transmissíveis e virulentas do SARS-CoV-2 e, no caso da tuberculose, ao impacto da COVID-19 no acesso aos serviços de saúde, resultando em atrasos no diagnóstico.
8	Formas clínicas e diagnóstico da tuberculose em crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19	PINHEIRO, Brasileiro, 2022	Scielo	O impacto da pandemia na atenção às doenças infecciosas pode ter sido maior na área de doenças pulmonares do que em outras, visto que as equipes especializadas concentraram seus esforços no controle da COVID-19, assim desmantelando serviços específicos de tuberculose.

Buscando responder a questão que norteiou a pesquisa, obteve-se respostas de autores e seus resultados, sobre os aspectos relacionados a TB enquanto doenças oportunistas e as implicações da COVID-19. Portanto, para melhor entendimento, foram separdas três categorias as quais serão apresentadas e discutidas de acordo com os resultados dos autores dos estudos estudos apresentados na tabela 1 de resultados. Assim, conforme Silva (2020) o período pandêmico trouxe grandes consequências para pacientes que encontravam-se em tratamento de TB, houve um índice de óbitos decorrentes de complicações causadas pela COVID-19.

4.1. O IMPACTO DA COVID 19 NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE E VÍRUS HIV

De acordo com Maia et al (2022), em 2020, foram confirmados 88.678 casos de TB no Brasil, e 4.500 pessoas morreram em decorrência da doença em 2019. No período da pandemia, observa-se barreiras encontradas para o tratamento da tuberculose foi em relação aos serviços essenciais para TB foram restringidos devido à diminuição de recursos e insumos, priorizando a mitigação da COVID-19. Silva et al (2021), também menciona que as barreiras no tratamento no período pandêmico teve um impacto negativo no diagnóstico e tratamento da tuberculose. Observa-se que as barreiras no tratamento TB/HIV no período pandêmico, estão relacionadas a preconceitos, discriminações, medos e violências (FERREIRA et al.,2021)

Assim, em relação impacto da COVID19 no tratamento da tuberculose e virus HIV, o estudo realizado por Almeida et al (2020), a atenção foi atraída vários problemas estruturais da tuberculose e políticas de HIV e AIDS e desafios econômicos devido ao surgimento de uma nova epidemia de coronavírus no Brasil em 2020. O impacto da Covid-19 na população foi desproporcionalmente grande em 2020, observou-se aumento da vulnerabilidade e pobreza, tuberculose, HIV e AIDS; apontar as perspectivas dos gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema não estão alinhadas Sistema de saúde no Brasil, SUS, para internação, prevenção, diagnósticos, tratamento

Já Maciel et al (2021), em seu estudo mostrou que o Programa Nacional. de Controle da Tuberculose diminuiu a investigação de tuberculose latente em adultos e adolescentes assintomáticos em contato com indivíduos com tuberculose ativa, o que pode levar a atrasos no diagnóstico e tratamento de novos casos. Para tanto, Hino et al (2021), apresentou estudos para o controle da TB e constatou que o impacto do distanciamento social no diagnóstico, monitoramento e acompanhamento, incluindo a reestruturação dos serviços de TB, se deve principalmente à necessária transição das equipes de saúde que atuam nessa área para a COVID-19. para tratamento. Foram detectados mais casos de tuberculose em crianças e adolescentes no primeiro ano da pandemia do que no mesmo período do ano passado, e as áreas afetadas pela doença variaram mais, incluindo formas mais raras e graves. (PINHEIRO et al., 2022).

No estudo de Nhatsave et al (2022), verificou-se que os casos da COVID-19 associados ao HIV/TB são mais comuns em homens e há uma tendência dos pacientes coinfectados a evoluírem com quadro moderado ou grave, incluindo necessidade de internamento. Por isso é fundamental que os profissionais de saúde estejam atualizados e capacitados no manejo de pacientes com coinfecção HIV/TB aquando da sua associação à infecção por COVID-19 com vista a melhoria de prognóstico.

Assim, algumas estratégias foram utilizadas no enfretamento da tuberculose no período pandemico, quanto ao tratamento e ao apoio aos doentes, várias mudanças

simples podem ser feitas: redução do número de visitas às clínicas, substituição de esquemas injetáveis por orais para tuberculose resistente, fornecimento de uma quantidade adequada de medicamentos antituberculosos aos doentes para armazenamento seguro em casa e uso de tecnologias de assistência virtual e digital à saúde para apoio à adesão, início precoce do tratamento, monitorização remota de doentes com tuberculose, aconselhamento e acompanhamento (FUTADO et al., 2022).

4.2. AÇÕES DE ENFERMAGEM AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE - TB

Sobre as ações de enfermagem no tratamento da tuberculose no período pandêmico, Silva et al (2022), evidenciou a necessidade de redes de apoio e o fornecimento de benefícios. Para Zago et al. (2020), as ações de enfermagem devem estão em relação a medidas intersetoriais como forma de enfrentamento aos determinantes sociais da saúde.

A expansão da prática clínica do enfermeiro no cuidado ao paciente com tuberculose remonta às suas raízes autonomia profissional progressiva que exige conhecimento técnico-científico e político e não ocorre isoladamente, mas requer interfaces com o trabalho na formação em equipe e interdisciplinar (SILVA et al., 2022).

Para Martellet et al. (2020), há a necessidade de ações de enfermagem com capacitação e inserção dos Agentes Comunitários da Saúde para identificação precoce dos casos de TB na comunidades. Assim, Moreira et al. (2020) também abordaram esse tipo de atividade em seu estudo, como a necessidade de maior envolvimento dos profissionais de saúde e da comunidade científica para implementar medidas operacionais e de pesquisa relacionadas à compreensão das condições sociais do processo saúde-doença TB. .

Já Souza et al (2017), discutem a visibilidade às ações de cuidado de enfermagem promotoras da adesão ao tratamento da TB, possa motivar ou subsidiar a realização de novas intervenções em saúde, bem como qualificar as ações existentes em direção à consolidação das estratégias programáticas voltadas ao controle da TB. Contudo Rocha et al. (2020) abordou a necessidade de melhoria nas ações de enfermagem, propondo atendimento humanizado com a finalidade de propor orietações, acolhimento no período pandêmico.

Neste contexto, observa-se que as demandas advindas com o advento da pandemia por COVID-19, dificultam sobremaneira as ações de combate à Tuberculose no Brasil. Além disso, houve impactos no investimento financeiro para a atenção primária, uma vez que a atenção terciária apresentou necessidade de injeção de repasses financeiros da União.

Neste cenário, as equipes multiprofissionais que prestam assistência à pacientes HIV/TB, se mostram mais importantes, pois encontram pacientes expostos à diversos fatores de vulnerabilidades que impactam sua adesão ao tratamento e posterior cura.

5. CONCLUSÃO

Este estudo mostrou o impacto que o COVID-19 causou no tratamento da Tuberculose e HIV, verificou-se que o tratamento da tuberculose diminuiu. A associação entre TB e COVID-19 tem alta probabilidade de morbidade e mortalidade. Além disso, a

pandemia de COVID-19 teve um grande impacto no diagnóstico e tratamento da tuberculose.

No entanto, não se pode concluir que esses fatores são os únicos motivos que impactam na adesão ao tratamento, pois deve-se analisar o estilo de vida, os cuidados de saúde e os fatores terapêuticos que podem variar em ambientes que não foram estudados.

Portanto, conclui-se que há necessidade de mais pesquisas sobre a temática, com intuito de verificar outros possíveis fatores, pois, é de suma importância para que profissionais de enfermagem realizarem planejamento com estratégias para diminuir o abandono ao tratamento, contribuindo para dimunir as taxas de mortalidade que ainda á alta no Brasil.

Contudo, apesar da COVID-19 ser um tema bastante discutido e a tuberculose apresentar índices elevados no Brasil, foram encontrados poucos estudos que debateram sobre barreiras que dificultaram o tratamento e ações de enfermagem no período pandêmico para os indivíduos infectados por TB.

REFERÊNCIAS

[1] ANDRADE, M.M . Introdução a Metodologia do Trabalho Científico. 10ª ed. São Paulo. Atlas. 2017.

[2] ALMEIDA, C. P. G; ISHIMOTO, E; FILHO, E. T. S; MATOS, G. H. S. O Impacto da Covid-19 nas Políticas de Tuberculose e HIV e Aids: um Levantamento da Sociedade Civil Brasileira em alinhamento com o Relatório de Progresso do Secretário Geral da ONU para a TB e suas recomendações. Brasil, 2020. 77 f.

[3] BEZERRA, C. B; SAINTRIN, M. V. de L; BRAGA, D. R. A Impacto psicossocial do isolamento durante pandemia de covid-19 na população brasileira: análise transversal preliminar. Saúde Soc. São Paulo, v.29, n.4, e200412, 2020.

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. 2021. Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia. Acesso em: 05 de janeiro de 2023.

[5] BRASIL. Câmara dos Deputados. Após 40 anos do primeiro caso, epidemia de HIV/aids ainda mata brasileiros. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/835074-apos-40- anos-do-primeiro-caso-epidemia-de-hiv-aids-ainda-mata-brasileiros/> Acesso em 17 de setembro de 2022.

[6] BRASIL. Manual MSD . Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Disponível em:<https://www.msdmanuals.com/ptbr/casa/infeco-pelo-vADrus-da-imunodeficiAncia- humana-hiv.> Acesso em: 27 de setembro de 2022.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. Ministério da Saúde. Campanha do Ministério da Saúde: contra a Aids, 2021.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. O que é HIV. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>. Acesso em 27 de setembro de 2022.

[9] BRASIL. Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Paraná. HIV/AIDS. Disponível em:<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/HIVAids> Acesso em 27 de setembro de 2022.

[10] CAVALCANTE, E. F. O. O compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com tuberculose. Texto Contexto Enferm, 2016; 25(3):e393001.

[11] DAVID, H. M. S. L; ACIOLI, S; SILVA, M. R. F; BONETTI, O. P; PASSOS, H. Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19?.Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp):e20190254.

[12] FREITAS, J. O direito à saúde das pessoas portadoras de hiv no rio grande do norte. 2017. Disponível em: <http://www.lumosjuridico.com.br/2017/09/03/o-direito-a-saude-das-pessoas-portadoras-de-hiv-no-rio-grande-do-norte/. Acesso em 28 de sesetembro de 2022.

[13] FERREIRA, Breno de Oliveira; NEVES, André Luiz Machado das. Aids e Covid-19: entre olhares e experiências. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande , v. 13, n. 1, p. 203-215, mar. 2021.

[14] FURTADO, I.; AGUIAR, A.; DUARTE, R.. Getting back on the road towards tuberculosis elimination: lessons learnt from the COVID-19 pandemic. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 47, n. J. bras. pneumol., 2021 47(2), 2021.

[15] HINO, P. et al.. Impacto da COVID-19 no controle e reorganização da atenção à tuberculose. Acta Paulista de Enfermagem, v. 34, n. Acta paul. enferm., 2021 34, 2021.

[16] INCA – Instituto Nacional de Câncer. Como o organismo se defende? Disponível em: < https://www.inca.gov.br/como-o-organismo-se-defende> Acesso em 23 de setembro de 2022.

[17] KERR, L. Prevenção e tratamento de AIDS são desafios no Nordeste. Recife: Portal DSS Nordeste; 2013Out 02. Entrevista concedida a Maira Baracho. Disponíve em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/prevencao-e-tratamento-da-aids-sao-desafio-no-nordeste/> Acesso em 28 de setembro de 2022.

[18] MACIEL, E. L; SILVA, P. E. A. Combate à tuberculose: de 1993 a 2035 durante a era da COVID19. J Bras Pneumol. 2021;47(2):e2021003.

[19] MACIEL, E. L. et al.. Tuberculosis: a deadly and neglected disease in the COVID-19 era. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 48, n. J. bras. pneumol., 2022 48(3), 2022.

[20] MAIA, C. M. F; BARBOSA, D. R; MENDES, D. M. Tuberculose no Brasil: o impacto da pandemia de COVID-19. J Bras Pneumol. 2022;48(2):e20220082

[21] MARTELLET, M. G., SIQUEIRA, T. C., TAVERNARD, G. L. N., & ORFÃO, N. H. Atuação do enfermeiro acerca da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura. Revista De Epidemiologia E Controle De Infecção, 10(2), 2020.

[22] MOREIRA, A. S. R; KRITSKI, A. L; CARVALHO, A. C. C. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. J Bras Pneumol. 2020;46(5):e20200015.

[23] NHATSAVE, S N. R; MONJANE , N. E. COVID-19, HIV e tuberculose: riscos e ameaças da coinfecção tripla. *RECIMA21* - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, *3*(1), e311056, 2022.

[24] NETO, L. F. S. P. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2021, vol.30, n.spe1

[25] OLIVEIRA HB, Marin-León L, Cardoso JC. Perfil de mortalidade de pacientes com tuberculose relacionada à comorbidade tuberculose-Aids. Rev Saúde Pública. 2004; 38 (4): 503-10.

[26] OAP. Organização Pan Americana de Saúde. Principais Fatos sobre a AIDS. Disponível em:<https://www.paho.org/pt/topicos/hivaids> Acesso em 30 de setembro de 2022.

[27] PINHEIRO, M. A. de S; AURILIO, R. B; PARENTE, A.A. Formas clínicas e diagnóstico da tuberculose em crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19. J Bras Pneumol. 2022;48(6):e20220240.

[28] ROCHA, N. L., ARAUJO, K. F., DA MOTTA, M. C. S., NAKANO, A. R., DE LIMA, H. S. B., & MARQUES, J. L. S. Material educativo para pacientes com tuberculose pulmonar frente a pandemia de COVID-19. *Revista De Saúde Coletiva Da UEFS*, *10*(1), 18–22, 2020.

[29] SILVA, A. R. dos S. Percepções de pessoas com tuberculose/HIV em relação à adesão ao tratamento. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2022, v. 35.

[30] SILVA, D. R. et al.. Tuberculosis and COVID-19, the new cursed duet: what differs between Brazil and Europe?. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 47, n. J. bras. pneumol., 2021 47(2), 2021.

[31] VIEIRA, C. P. de B.. Tendência de infecções por HIV/Aids: aspectos da ocorrência em idosos entre 2008 e 2018. Escola Anna Nery [online]. 2021, v. 25, n. 2.

[32] UFRJ. Epidemiologia do HIV no Brasil. Disponível em: <https://www.microbiologia.ufrj.br/portal/index.php/en/extensao-2/informe-da-extensao/456-epidemiologia-do-hiv-no-brasil> Acesso em 23 de setembro de 2022.

[33] UNAIDS. Estatísticas sobre o vírus HIV e a AIDS. Disponível em:<https://unaids.org.br/estatisticas> Acesso em 30 de setembro de 2022.

[34] UNAIDS. Número de pessoas vivendo com HIV em terapia antirretroviral, globalmente, 2010-2016. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/graficos.png> Acesso em 29 de setembro de 2022.

[35] UNICAMP. Modelo epidemiológico para a aids em Manaus-AM com a solução interativa fuzzy. Disponível em: <http://www.ime.unicamp.br/~biomat/Bio29_art6.pdf> Acesso em 30 de setembro de 2022., n. 3, 2014.

CAPÍTULO

07 Abandono de tratamento em PVHIV – relato de experiência

Larissa Arce Antonaccio[1], Graciana de Sousa Lopes[2]

1. INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) é um retrovírus que causa imunodeficiência crônica e progressiva no organismo devido à diminuição do nível de linfócitos T CD4+. Quanto menor a taxa desse linfócito, maior o risco de contrair AIDS. A transmissibilidade do HIV, em sua maioria dos casos, ocorre por meio de relações sexuais, por meio das mucosas genital ou anal. Pode, também, haver infecção pelo compartilhamento de materiais perfurocortantes contaminados, por transfusão de sangue contaminado ou, ainda, da mãe infectada para seu filho durante a gravidez, no parto e pela amamentação, denominado este modo de transmissão vertical (BRASIL, 2018a).

Ao se analisar a progressão da infecção pelo HIV, tanto no Brasil quanto no mundo, observa-se o aumento no número de pessoas infectadas, com estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) demonstrando que havia mundialmente cerca de 44 milhões de pessoas com HIV em 2017. Já na América Latina, verificava-se 120 mil novas pessoas com HIV em 2019, representando um crescimento de 21% a partir de 2010 (PEREIRA *et al.*, 2019).

Com a descoberta de novos medicamentos nos últimos anos, obteve-se avanços no combate ao HIV. Este fato teve impacto no prognóstico e epidemiologia da doença, causando uma diminuição relevante da morbidade e mortalidade em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) no Brasil e no mundo, entretanto, a regiões Norte apresentou 1,7 vezes a carga viral comunitária média, em comparação com a região Sudeste no período de 2007 a 20011. (SOUSA, PINTO JÚNIOR, 2016).

De acordo com Ministério da Saúde, em 2020, a infecção com HIV atingia cerca de 920 mil pessoas no Brasil. Dessas, 89% foram diagnosticadas e 77% faziam o uso de terapia antirretroviral para o HIV (TARV), sendo que 94% das pessoas em tratamento não transmitiam o HIV por via sexual por terem atingido carga viral indetectável (FRAGA, 2022).Nem todas as PVHIV no mundo têm acesso à TARV. Estimativas apontaram que de 37,9 milhões de PVHIV no mundo, somente 61,47% possuíam acesso ao tratamento antirretroviral (UNAIDS, 2015).

Ainda dentro desse contexto, apesar do tratamento com antirretrovirais ter uma excelente eficácia, ainda há desafios na adesão, e a escolha à não adesão (abandono) ao tratamento pode causar danos ao sistema imunológico e, futuramente, ao desenvolvimento da AIDS, com aumento das chances de manifestações de doenças oportunistas, que podem levar ao óbito. A adesão à TARV conduz a um progresso na

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: larissa.antonaccio@gmail.com
[2] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

qualidade de vida dasPVHIV, como a melhora do estado imunológico, diminuição da carga viral e a consequenteredução da taxa de mortalidade por AIDS (FIUZA *et al.*, 2013).

Saber compreender os desafios desses pacientes na adesão à TARV permite que profissionais de saúde contribuam na educação em saúde e em políticas direcionadas à continuidade do tratamento. Portanto, o uso regular de medicamentos TARV é essencial para prolongar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e reduzir hospitalizações e infecções causadas por doenças oportunistas (BRASIL, 2018b).

O abandono do tratamento por conta própria pode estar associado também ao abandono do acompanhamento clínico, sejam consultas, exames ou outra ação relacionada ao autocuidado, possibilitando a progressão pela própria história natural da doença, com diminuição da imunidade e sujeição ao adoecimento por infecções oportunistas, aumentando a morbimortalidade. Diversos podem ser os motivos que levam o paciente a abandonar o tratamento, seja por ser muitas vezes a única forma de identificá-lo como soropositivo (BRASIL, 2008).

Além disso, o uso contínuo, efeitos colaterais, a quantidade de medicamentos a ser ingeridos, ausência de rede social de suporte, sigilo quanto ao tratamento, bem como a não percepção de sintomas de doença ativa, são outros fatores que também podem levar à não adesão ao tratamento (SILVA, WAIDMAN, MARCON, 2009).

O entendimento da possibilidade de diferentes fatores implica em uma abordagem centrada no sujeito, considerando as diferentes naturezas associadas à falha terapêutica, sejam elas socioeconômicas e culturais, psicológicas, institucionais, ou ainda, advindas da relação entre o profissional de saúde e o paciente (BRASIL, 2008).

Assim, esse estudo tem por objetivo apresentar o relato de experiência de uma vivência em uma unidade hospitalar de referência a tratamentos de pessoas vivendo com HIV/AIDS e analisar a perspectiva da adesão e/ou não-adesão desses pacientes sob tratamento com terapia antirretroviral.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DO HIV/AIDS

A infecção por HIV trata-se de uma patologia crônica e potencialmente letal. O HIV é um retrovírus associado à imunodeficiência progressiva de seu portador, com supressão de linfócitos T CD4+ e glóbulos específicos, o que reduz a capacidade de defesa do sistema imune. Sua transmissão se dá, na maioria das vezes, por meio das mucosas do trato genital ou retal durante a relação sexual (BRASIL, 2018b).

A depressão do sistema imune em função do comprometimento dos leucócitos e da acentuada diminuição dos linfócitos torna o paciente suscetível a patologias oportunistas, infecções bem como mutações nos processos de divisão celular, aumentando inclusive o risco de desenvolvimento de neoplásicas, como linfomas. Assim, o aumento da morbimortalidade está associado às consequências da imunodeficiência (SOUZA *et al*., 2019).

A classificação do HIV é feita por meio da análise filogenética de sequências nucleotídicas dos vírus. A classificação atual é hierárquica e consiste em tipos, grupos, subtipos, sub-subtipos e formas recombinantes, dos quais o HIV-1 e o HIV-2 são tipos distintos do vírus, mais distantes filogeneticamente, sendo o subtipo B do HIV-1 o mais prevalente na região Norte (BRASIL, 2018a)

Cerca de 37 milhões de pessoas no mundo, sendo 966 mil no Brasil, em particular, convivem com o HIV/AIDS. A doença teve seus primeiros registros no início da década de 1980 e desde então tem causado impacto na saúde da população mundial tanto em termos de morbidade, quando de mortalidade, sendo considerada uma pandemia (FERNANDES, BRUNS, 2021).

A AIDS até então era pouco conhecida e não tinha resposta terapêutica eficaz, tendo sido erroneamente designada como "peste gay", apesar deste público carecer de medidas específicas pelo grau de vulnerabilidade que apresentavam à doença. Diferentes movimentos, em especial homossexuais, talassêmicos e hemofílicos, cobraram resposta do governo frente à pandemia e a temática acabou por vir a ser incluída na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, fomentando discussões que vieram por incluir a infecção por HIV/AIDS como um dos pontos a ser considerado pelo Ministério da Saúde dentro do contexto da vigilância epidemiológica (BARROS, VIEIRA-DA-SILVA, 2016).

Na década de 90, com o objetivo de reduzir os efeitos ocasionados pela imunossupressão, foi incorporada a TARV, possibilitando o aumento da qualidade e da expectativa de vida dos pacientes (SOUZA, *et al.* 2019). O acesso à TARV no SUS foi garantido pela promulgação da Lei Federal nº 9.313/1996, o qual disponibiliza hoje mais de20 medicamentos para o controle da infecção (BROJAN *et al*., 2020).

Em 2002, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), que consistia em um sistema para acompanhamento do estado imunológico do indivíduo com HIV. Concomitantemente, criou o Sistema de Controle Logístico de Medicamento (Siclom) que permitia o acompanhamento dos indivíduos em tratamento (SOUSA, PINTO JÚNIOR, 2016).

A Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, passou a designar a discriminação contra apessoa que vive com HIV/AIDS como crime, com pena instituída em multa e prisão de 1 a 4 anos (BRASIL, 2017).

Em 2018, foi publicado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) pelo Ministério da Saúde, que orientava quanto ao manejo da infecção pelo HIV e norteava a escolha de prescrições por meio de esquemas terapêuticos, dispostos em diferentes linhas de tratamento. O sucesso terapêutico alcançado pelos esquemas terapêuticos proporciona a redução do número de cópias virais, o aumento do número de linfócitos TCD4+ e a consequente restauração da imunidade (BRASIL, 2018b, BROJAN *et al.,* 2020).

Nos últimos anos, houve a implantação de um novo modelo de atenção em que as ações são estruturadas de acordo com a realidade local, envolvendo diferentes níveis de atenção. Assim, nesse modelo de atenção, os serviços especializados continuam sendo fundamentais, mas a linha de cuidado envolve outros serviços de saúde, em especial da Atenção Básica, com o suporte dos Serviços de Atenção Especializada (SAE) (BRASIL, 2017).

2.2. ASPECTOS RELACIONADOS À TARV

No Brasil, a Lei nº 9.313/1996 garantiu a distribuição universal de medicamentos daTARV para tratamento de HIV/AIDS, estabelecendo o direito de receber a medicação gratuitamente (SANTOS *et al*., 2011; ROMEU *et al.*, 2012).

Seis classes farmacológicas, compreendendo 21 medicamentos são usados na TARV e disponibilizados pelo SUS. Os inibidores da transcriptase reversa análogos de

nucleosídeos (ITRN) e inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN) atuam impedindo a replicação do RNA viral dentro das células TCD4+; os inibidores da protease (IP) impedem a enzima que fragmenta as proteínas virais sintetizadas na célula hospedeira; os inibidores da integrase (INI) inibem a enzima que integra o RNA viral no DNA da célula hospedeira; o inibidor de fusão (IF) impede a fusão da membrana viral com a membrana celular humana; e o inibidor da CCR5 inibe a proteína de membrana que se liga ao HIV, não permitindo a infecção na célula hospedeira (BROJAN *et al.,* 2020).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, de 2018, aponta que a terapia inicial deve combinar três antirretrovirais, sendo doisITRN associados a uma outra classe de antirretrovirais (ITRNN, IP com reforço de ritonavirou INI), assim, no Brasil, o esquema inicial preferencial deve ser a associação lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) (dois ITRN/ITRNt) associados ao dolutegravir (DTG) (INI) (BRASIL, 2018b).

Usada de forma diária e contínua, a TARV possibilitou especialmente o controle das doenças oportunistas, melhorando a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV. Além disso, a manutenção do vírus a nível indetectável possibilitou a redução da transmissão do vírus, fator positivo do ponto de vista epidemiológico (CABRAL *et al.*, 2021).

De fato, a TARV modificou a epidemiologia da doença, tornando-a uma doença crônica e possibilitando maior sobrevida do portador de HIV, a redução do número de internações hospitalares e de mortes por doenças oportunistas. Isso transformou o estigma culturalmente concebido de uma sentença de morte para o status de pessoa vivendo com HIV (SANTOS *et al*., 2011).

Um dos pontos importantes para o sucesso da TARV no controle da pandemia de HIV/AIDS é a adesão ao tratamento, entendida como "um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo", definindo-se assim os papeis de cada ator, profissional e paciente, na corresponsabilidade frente ao tratamento (BRASIL, 2008).

A TARV pode ser influenciada pela associação de diversos fatores, tais como socioeconômicos, condições psicossociais e de saúde, hábito de vida, aspectos neuropsicológicos e religiosidade, bem como as características do tratamento, que incluem esquema de medicação, efeitos adversos, tempo de uso, estratégias para lembrar-se de tomar a medicação, tempo desde a primeira TARV, diagnóstico e custo (MIRANDA *et al.*, 2022).

Ainda nesse sentido, o PCDT aponta como fatores que facilitam a adesão: esquemas terapêuticos simplificados (doses fixas combinadas, uso de diferentes medicamentos em um mesmo comprimido), conhecimento e compreensão sobre a enfermidade e o tratamento, acolhimento e escuta ativa do paciente pela equipe multidisciplinar, vínculo comos profissionais de saúde, a equipe e o serviço de saúde, capacitação adequada da equipemultidisciplinar, acesso facilitado aos medicamentos (funcionamento e localização adequados), educação entre pares, parceria com organizações da sociedade civil e apoio social.

Além disso, a adesão pode estar relacionada à aceitação da doença, ao contexto sociocultural em que o diagnóstico foi realizado e apresentado, aos sintomas semelhantes

ao stress pós-traumático, mesmo com aconselhamento pré e pós-teste, além dos efeitos adversos, como náuseas, vômitos e dor abdominal. (ROMEU *et al*., 2012).

O uso de medicamentos utilizados na TARV pode apresentar diferentes efeitos adversos a depender da classe ou medicamento utilizado. Por exemplo, reações de hipersensibilidade têm sido associadas ao uso de Abacavir, toxicidade hematológica e lipodistrofia estão relacionadas à Zidovudina, risco de má formação congênita pelo uso do Dolutegravir, tonturas, alterações do sono, sonhos vívidos e alucinações com o uso de Efavirens e nefrotoxicidade e diminuição da densidade óssea são observadas com o uso do Tenofovir (BRASIL, 2018b).

A efetividade da TARV depende diretamente da adesão do paciente, e que o mesmo deve consumir pelo menos 85% dos medicamentos prescritos, para que a carga viral seja mantida indetectável (Cabral et al, 2021). Outros autores consideram ser para esse objetivo seja necessário que 95% da TARV prescrita seja efetivamente tomada (SANTOS *et al*., 2011; ROMEU *et al*., 2012). A partir da análise da adesão à TARV é possível estabelecer estratégias de tratamento, diminuindo o risco de resistência viral, com maiores possibilidades terapêuticas.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo relato de experiência. Relato de experiência é uma modalidade de redação crítico reflexiva a partir do registro de experiências vivenciadas, considerando essa experiência como ponto de partida para a aprendizagem (MUSSI, FLORES, ALMEIDA, 2021).

O estudo foi desenvolvido durante o estágio extracurricular de enfermagem no período de 2019 a 2021 em centro de referência nacional e mundial para o tratamento de enfermidades tropicais, na cidade de Manaus, Amazonas.

A coleta de dados se deu através do método observacional, com auxílio de diário de campo, desta forma foi possível elencar todo processo de triagem e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV que procuravam o ambulatório da unidade de saúde supracitada para acompanhamento de sua condição de saúde.

A análise do conteúdo foi realizada a luz de teoria de Wanda Horta, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, que permite observar que há uma hierarquia entre as necessidades humanas, organizando-as em cinco níveis de prioridades, sendo do mais básico para o mais específico as necessidades: fisiológicas, de segurança e proteção, de amor e gregarismo, de autoestima e de autorrealização. A análise sob esta ótica da TNHB permite-se analise a saúde de uma pessoa ao se considerar saudável, tão somente se os cinco níveis de necessidades estiverem sendo atendidos, enquanto o não atendimento de determinado nível de necessidade, implicaria em risco para a doença ou ainda não ser sadia em uma ou mais dimensões humanas (HORTA, 1971; NEVES, 2006).

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato de experiência é baseado em dois anos de estágio no ambulatório de um hospital de referência para tratamento de HIV/AIDS no município de Manaus, Amazonas. Esse estágio correspondeu a um estágio extracurricular, desenvolvido de 2019 a 2021, de segunda à sexta-feira, no horário de 11 às 17h.

Durante dois anos, diferentes setores foram cenário de prática desse estágio, compreendendo atividades próprias do exercício da enfermagem como também atividadesrelacionadas à pesquisa. Em um destes, a recepção, realizava-se o acolhimento dos pacientes que procuravam o serviço para atendimento. Havia situações em que os serviçosprocurados eram de atividades desenvolvidas na atenção primária, sendo então encaminhados às unidades básicas de saúde, nesses casos. Em outro setor, na triagem, fazia-se o exame físico dos pacientes e se agendava consultas. Já na secretaria da instituição, desenvolvia-se a parte administrativa, organizando-se consultórios, papéis, e-mail.

O estágio mostrou-se uma vivência importante para ampliação do conhecimento sobre o HIV, indo além do pensamento que tudo se trata de AIDS. Pelo contrário, durante esses dois anos, foi possível acompanhar vários pacientes, os quais, a depender da sua adesão ao tratamento, podiam viver uma vida normal, sem doenças e sem transmitir o vírus.

O Manual para a Equipe Profissional, intitulado "Cuidado Integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica", do Ministério da Saúde (Brasil, 2017), destaca que "a PVHIV deve ser acolhida sem discriminação, participando ativamente do autocuidado, oque facilita a adesão e previne a transmissão do vírus, evita a evolução para aids e reduz a mortalidade pela doença".

A TARV é essencial para o tratamento do HIV. Durante o acolhimento, reforçava-se a importância da adesão e como a pessoa pode viver uma vida normal com a adesão à TARV. Porém, não está não era uma realidade que se observava em 100% dos pacientes.A terapia com TARV que não se mostrava fácil de ser seguida, havendo pessoas que apresentavam uma dificuldade particular que as impedia de seguir com o tratamento.

A baixa adesão à TARV é um processo multifatorial e dinâmico e requer contínuo monitoramento, identificando motivos da não adesão e com adoção de métodos apropriados para redução de danos (MIRANDA *et al*., 2022).

Dentre o público heterogêneo de pacientes que procuraram os serviços desta unidade para realizarem o tratamento antirretroviral (TARV) para HIV, foi possível constatarque havia homossexuais, homem que faziam sexo com outros homens (HSH) e profissionais do sexo, homens e mulheres heterossexuais, além de crianças.

BRASIL (2018a) destaca que há pessoas que apresentam risco acrescido para a infecção pelo HIV, denominados de população-chave, considerando todos os aspectos de seus contextos sociais e estruturais que os colocam em situações de maior vulnerabilidade para a infecção pelo HIV. Cinco populações-chave são, assim, o principal alvos das intervenções de prevenção no Brasil: profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, gays e homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e pessoas em privação de liberdade, público que se assemelha em boa parte ao público observado em atendimento ambulatorial durante essa experiência.

Estudo realizado por Menezes *et al*. (2018) em um hospital de referência também em Manaus, procurou identificar os fatores associados à não adesão à TARV entre 100 usuários em acompanhamento ambulatorial. Dos quais 85% foram classificados como adesão média, 13% adesão alta e somente 2% com baixa adesão ao tratamento. Houve associação estatisticamente significativa entre os níveis de adesão à TARV e as variáveis sociodemográficas orientação sexual (p=0,010) e tempo de diagnóstico (p=0,035), resultado que, segundo os autores, é preocupante podendo estar ligado ao aumento da transmissibilidade e o aumento do número de casos de HIV no Amazonas.

O perfil dos pacientes em uso de TARV e os motivos de adesão/não-adesão foram diferentes dentre os diferentes estudos analisados (SANTOS *et al.*, 2011, ROMEU *et al.*, 2012, FIUZA *et al.*, 2013, CABRAL *et al.*, 2021, MIRANDA *et al.*, 2022, MARIA, CARVALHO, FASSA, 2023).

Dentre as inúmeras situações vivenciadas nesta experiência, algumas foram importantes e merecem ser destacadas. Em uma dessas situações, em que não havia adesão à TARV, tratava-se de um paciente que era usuário de drogas. Nesse caso, o paciente, além de estar soropositivo para HIV, possuía exames que eram positivos também para tuberculose extrapulmonar. Durante o atendimento, constatou-se que o paciente estava em abandono de TARV já fazia 2 anos, subsequentemente imunossuprimido, com células CD4+ em quantidade abaixo de 100 células/mm3. O paciente, na ocasião, estava acompanhado da mãe, iniciou o tratamento para TB e reiniciou o tratamento de TARV. Uma semana depois, em contato com a mãe para acompanhamento do caso, ela relatou que não tinha notícias do filho, que saíra de casa, era usuário de drogas e não estava mais fazendo o tratamento.

Em um estudo realizado por Santos *et al*. (2011) foi desenvolvido com o objetivo deconhecer as dificuldades e os aspectos que influenciam a adesão à TARV por pessoas com HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência de Belo Horizonte período de dezembro de 2008 a abril de 2009. Dentre as 531 fichas de dispensação de ARV da farmácia do serviço, a maior prevalência foi de não adesão (60,3%), seguido de abandono do tratamento (25,5%). A não adesão esteve relacionada a dificuldades econômicas, particularmente quanto ao acesso deficitário ao serviço de saúde devido à falta de transporte gratuito e ao acesso limitado de alguns usuários a uma alimentação adequada. Nesse estudo, vícios como uso de álcool ou drogas foram identificados como fatores que podem interferir no uso correto da medicação. Falhas devido ao uso de álcool foram relatadas até mesmo por quem era considerado aderente ao tratamento.

Em outro caso observado, uma paciente HIV+ foi internada na enfermaria de isolamento com covid e tuberculose pulmonar, outro caso de abandono de tratamento há 2anos. Iniciou, então, o tratamento para a tuberculose e reiniciou a TARV. Nas diversas tentativas de contato, a paciente sempre colocava dificuldade de ir à unidade de saúde para dispensação da medicação (tanto a TARV quanto a da tuberculose). Contou que conseguiu fazer 4 meses de tratamento, mas que depois se mudou para o interior do estado (Maués - AM) e que, dessa forma, não conseguia mais fazer o tratamento. Orientou-se que procurasse uma unidade de saúde em Maués, que entregaria as medicações para continuidade do tratamento. No entanto, percebeu-se desinteresse e a paciente realmente não procurou mais atendimento.

Estudos direcionados a mulheres são importantes do ponto de vista de análise da adesão a este público específico. Estudo realizado por Cabral *et al*. (2021) analisou a adesão à TARV a partir do perfil clínico e comportamental de mulheres vivendo com HIV em Pernambuco no período de julho a agosto de 2018, com idades variando de 18 a 70 anos (média=42,2 anos) e uso de TARV superior a seis meses. A adesão foi considerada regular/ruim em 65,2% ($p<0,001$). Foi relatado que as mulheres com instrução em nível superior completo/incompleto apresentavam 1,69 vezes mais prevalência de adesão à TARV quando comparadas às com ensino fundamental completo/incompleto, mulheres sexualmente não ativas apresentam uma chance de 103% de boa adesão comparadas ao grupo que possuía relação sexual desprotegida. Associações estatisticamente significativas à baixa adesão à TARV foram identificadas também na não prática de exercícios físicos,

tempo de tratamento de um a cinco anos, ao conhecimento da infecção do HIV pela relação sexual e na ausência de registro médico de adesão irregular ao tratamento.

Outra situação que merece destaque foi o caso de uma paciente casada que contraiu o HIV de seu marido, com possibilidade de múltiplos parceiros deste. Mesmo transtornada com o diagnóstico e os problemas conjugais, deu início ao tratamento. No acolhimento, Foi orientada quanto à importância da adesão à terapia. Depois de um tempo, foi realizado contato telefônico, pois a paciente faltava muitas consultas. Assim, verificou-se que ela não estava mais em tratamento, pois tinha entrado em depressão e não conseguia sair de casa, mas acrescentou ainda o fato de que ela não estava apresentando sintomatologia alguma, o que em seu entendimento questionava a necessidade de uso contínuo da medicação.

A depressão é um fator importante a ser considerando na não adesão das pessoas em tratamento para HIV/AIDS. A própria infecção pelo HIV pode ser um fator etiológico parao desenvolvimento de perturbações psiquiátricas ou para a exacerbação de condições preexistentes, como a depressão. Inclusive, as consequências sociais adversas decorrentes das crenças e estigmas, faz com que o HIV esteja entre as doenças que não só afetam os aspectos físicos, mas também condições psicológicas e mentais das pessoas diagnosticadas. Assim, a depressão em pessoas com HIV pode favorecer a progressão da doença, acelerando o declínio da função imune, com diminuição significativa da contagem de linfócitos T CD4+, aumentando a taxa de mortalidade (SILVA *et al.*, 2021).

Fiuza *et al.* (2013) realizaram um para avaliar a adesão à TARV com 215 pessoas com HIV/AIDS em uso de antirretrovirais, entre março e junho de 2012, em Fortaleza, Ceará. Em seus resultados, identificaram que 35,4% das pessoas estudadas deixaram de aderir ao tratamento pelo menos alguma vez, por se sentirem melhor/pior, ou tristes/deprimidas.

Em outra análise, Miranda *et al.* (2022) realizaram um estudo transversal, no períodode abril a setembro de 2016, com o objetivo verificar a associação entre a adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/aids e os fatores sociodemográficos, apoio social e clínico. Dos 237 participantes desse estudo, 47,8% apresentaram adesão ao tratamento boa/adequada. Associaram-se à boa/adequada adesão a fácil comunicação com os profissionais de saúde, receber educação em saúde para o incentivo e continuidade ao tratamento, apoio para desabafar sobre seus problemas de saúde e apoio para diversão e momentos de lazer, denotando que fatores como suporte social e atividades recreativas colaborariam para uma maior adesão à TARV.

A tentativa de resgate dos pacientes em abandono da TARV foi uma constante durante o estágio. Esse acolhimento era feito tanto pessoalmente quanto por telefone, uma tentativa de orientar e aconselhar o paciente para que ele não abandonasse o tratamento.

A eficácia do uso do telefone diverge do resultado da revisão sistemática realizada por Santos *et al.* (2019), que analisou o telefone de diferentes formas, incluindo o uso de aplicativos com acesso à internet, mensagens de texto e ligações. Esses autores concluíram que além de melhorar a adesão à TARV entre adultos com HIV/AIDS, o uso do telefone permitia o melhor vínculo entre o profissional e o paciente, melhorando sua relação.Apontaram ponto positivo para o uso de mensagens de texto devido ao seu custo baixo.

Porém, percebeu-se que nas situações de pacientes que tinham histórico de abandono prévio da TARV, normalmente, só retornavam à unidade de saúde quando já

estavam muito doentes. De fato, sem o tratamento, a quantidade de células CD4 + diminuía, consequentemente, o paciente estava propenso a desenvolver doenças oportunistas.

Infelizmente, as estratégias utilizadas nesse resgate da pessoa que abandonou a TARV, normalmente, não eram eficazes. Grande frustração ao acompanhar um paciente que a princípio estava bem, chegar a uma situação de AIDS, de doença avançada, mas o trabalho de orientação quanto à importância à adesão continuava ininterruptamente, ressaltando a importância da corresponsabilização do paciente neste processo.

Algumas estratégias que possibilitavam maior adesão dos pacientes à TARV são citadas por Romeu *et al*. (2012). Os autores realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral HIV positivos, maiores de 21 anos, em uso de TARV há pelo menos um ano, em Fortaleza - CE, pelo método do autorrelato e pela assiduidade do recebimento da medicação. Fizeram parte da pesquisa 59 pacientes, com idades entre 21 e 66 anos. Apenas 45,7% dos pacientes compareceram todos os meses deste período para receber seus medicamentos. Dentre os 69,5% que se consideravam cumpridores da terapia, apenas 35,6% compareceram todos os meses para o recebimento dos ARV. Nesse estudo, diferentes estratégias foram usadas por 20,3% dos pacientes no intuito de se lembrarem de tomar a TARV: despertador do celular (10,2%), calendário em geladeira e administração junto à refeição (3,4% cada), ajuda de familiares e associação ao horário de ida ou retorno do trabalho (1,7% cada). Por outro lado, se sentir melhor ou triste/deprimido(98,3%) ou se sentir pior (96,6%) foram motivos para terem deixado de tomar alguma vez a medicação.

Maria, Carvalho e Fassa (2023) estimando a prevalência à adesão à TARV de pessoas vivendo com HIV/AIDS em Florianópolis, Santa Catarina. Os autores identificaram em seu estudo uma prevalência de adesão de 85%, na qual pessoas brancas, do sexo masculino, que tinham acompanhamento seja na atenção primária à saúde ou na atenção secundária tinham maior adesão ao tratamento. Concluíram que para o estabelecimento de uma assistência mais integral, esforços precisam ser direcionados no processo de descentralização do cuidado ao usuário vivendo com HIV/AIDS.

A experiência nesse estudo foi desenvolvida em unidade hospitalar, de referência para o tratamento de HIV/AIDS, dentre outras patologias. Apesar do nível de atenção terciária, esforços vêm sendo desenvolvidos para a ampliação do acesso à TARV na atenção básica, sendo uma alternativa de acesso que pode possibilitar à adesão.

O estágio desenvolvido expressa a participação da enfermagem no cuidado à PVHIV e demonstra a importância do enfermeiro na adesão dos usuários à TARV, na continuidade do tratamento e na melhoria da qualidade de vida. A divulgação de relatos de experiência como este levanta a necessidade da ocupação do enfermeiro em vários espaços sociais, de forma a instrumentalizar ações e estratégias de enfrentamento ao HIV (WERLE *et al*, 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo descreveu um relato de experiência acadêmica dentro de uma unidade de serviço hospitalar de referência para o tratamento de pessoas vivendo com HIV, no qual foram percebidas e elencadas diferentes situações motivos relacionados à baixa adesão à TARV dentre os usuários acompanhados no ambulatório desse serviço.

Apesar dos avanços já alcançados no controle da pandemia de HIV/AIDS por meio da TARV, torna-se necessário conhecer os diferentes fatores que influenciam a sua não adesão, identificando e trabalhando os diferentes cenários que permitam a continuidade dotratamento, com o alcance do padrão de vida possível com a cronicidade da doença.

Nesse sentido, a intersetorialidade constitui um fator importante a ser considerado, ao se levar em conta que o componente político está intimamente ligado ao componente econômico, e dentre os principais fatores relacionados à TARV é que seja garantido o acesso aos medicamentos e, para isso, deslocamento, moradia, alimentação, lazer, emprego e outros macrodeterminantes de saúde precisam ser trabalhados.

O momento do diagnóstico e o seguimento da terapia necessária para o tratamento da infecção por HIV são etapas que podem ser melhoradas de modo a melhorar a adesão ao tratamento, incentivo este que pode se dar por um acolhimento mais humanizado, imbuído do acesso à informação e constituição de redes de apoio.

A adesão deve ser constantemente estimulada pelos profissionais da saúde, tendo sempre em mente sua influência no sucesso ou fracasso da terapia, em conjunto com a corresponsabilização do paciente sob tratamento. Nesse sentido, o enfermeiro exerce papel ímpar no estabelecimento de estratégias de orientações e estímulo à prática do autocuidado.

REFERÊNCIAS

[1] BARROS, S. G. B. VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A gênese da política de luta contra a aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). **Rev Saude Publica.** v. 50, n. 43, p. 1-12, 2016.

[2] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROGRAMA

[3] NACIONAL DE DST E AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIVe Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 130 p.

[4] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTODE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE

[5] TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 56 p.

[6] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTODE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças.** Brasília: Ministério da Saúde,2018a.149 p.

[7] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTODE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 412 p.

[8] BROJAN, L. E. F. *et al.* Uso de antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Einstein.** São Paulo: v. 18, p. 1-7,2020.

[9] CABRAL, J. R. *et al.* Adesão à terapia antirretroviral em mulheres: influência do perfil clínico e comportamental de saúde. **CIENCIA y ENFERMERIA**. v. 27, n. 25, p. 1-11. 2021.

[10] FERNANDES, I, BRUNS, M. A. T. Revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do HIV/AIDS. **RBSH**. v. 32, n. 1, p. 60-67, 2021.

[11] FIUZA, M. L. T. *et al*. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência Integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Esc Anna Nery**. v. 17, n. 4, p. 740 – 748, out – dez, 2013.

[12] FRAGA, S. HIV: cerca de 920 mil pessoas vivem com o vírus no Brasil. **Edição do Brasil.** 2022. Disponível em: https://edicaodobrasil.com.br/2022/11/25/hiv-cerca-de-920-mil-pessoas-vivem-com- o-virus-no-brasil/. Acesso em: 21 abr 2023.

[13] HORTA, W. A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf. USP.** v. 8, n. 1, p. 7-15. 1974.

[14] MARIA, M. P. M.; CARVALHO, M. P.; FASSA, A. G. Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 39, n. 1, p.1-13. 2023. doi: 10.1590/0102-311XPT099622.

[15] MENEZES, E. G. *et al.* Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. **Acta Paul Enferm.** v. 3, n. 3, p. 299-304, 2018. doi.org/10.1590/1982-0194201800042.

[16] MIRANDA, M. M. F. *et al.* Adesão à terapia antirretroviral de adultos vivendo com HIV/aids: umestudo transversal. **Rev Bras Enferm.** v. 75, n. 2, p. 1-9, 2022.

[17] MUSSI, R. F. F., FLORES, F. F., ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**. v. 17, n. 48, p. 60-77, out./dez., 2021.

[18] NEVES, R. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundoo Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**. v. 59, n. 4, p. 556-9, jul-ago, 2006.

[19] PEREIRA, G. F. M. **Rev Bras Epidemiol**. v. 22 (SUPPL 1): E190001.supl.1, p. 1-3, 2019.

[20] ROMEU, G. A. *et al.* Avaliação da Adesão A terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**. São Paulo: v. 3, n. 1, p. 37-41, jan-mar, 2012.

[21] SANTOS, W. J. *et al.* Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Rev Bras Enferm**. Brasília: v. 64, n. 6, p. 1028-37, nov-dez, 2011.

[22] SANTOS, V. F. *et al.* Uso do telefone para adesão de pessoas vivendo com HIV/AIDS à terapia antirretroviral: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3407-3416, 2019.

[23] SILVA, A. L. C. N., WAIDMAN, M. A. P., MARCON, S. S. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Rev Bras Enferm**, Brasília: v. 62, n. 2, p. 213-20,mar-abril, 2009.

[24] SILVA, I. B. N. *et al.* Depressão e ansiedade de pessoas vivendo com HIV. **Rev Contexto & Saúde**.v. 21, n. 44, p. 322-331, 2021.

[25] SOUSA A. I., PINTO JÚNIOR, V. L. Carga viral comunitária do HIV no Brasil, 2007-2011: potencial impacto da terapia antirretroviral (HAART) na redução de novas infecções. **Rev Bras Epidemiol.** v.19, n. 3, p. 582–93, 2016.

[26] SOUZA, H. C. *et al.* Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm.** v. 72, n. 5, p. 1361-9, 2019.

[27] WERLE, J. E. *et al.* HIV/AIDS em região de tríplice fronteira: subsídios para reflexões sobre políticas públicas. **Escola Anna Nery.** v. 25, n. 3. p. 1-9. 2021.

[28] UNAIDS. PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de aids. Genebra**: UNAIDS; 36p. 2015. Disponível em: https://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em : 27 abr 2023

CAPÍTULO

08 Incidência de tuberculose no Amazonas entre 2021 A 2022

Iana Luiza Souza Galvão[1], Maria Josenilda de Matos Silva[2], Graciana de Sousa Lopes[3]

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença que existe há milhares de anos e continua sendo um importante problema de saúde pública, conforme Ribeiro e Silva (2013), é uma doença infecciosa e contagiosa, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch. A doença atinge principalmente os pulmões (forma pulmonar), embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. Quando atinge outros órgãos é conhecida como forma extrapulmonar. Geralmente, esta forma atinge mais pessoas que vivem com HIV e que tem seu sistema imunológico comprometido por alguma comorbidade (BRASIL, 2022).

A TB vem afetando o homem desde a pré-história. Existem registros arqueológicos dadoença entre diversos povos da Antiguidade, como nas múmias egípcias, onde foram encontradas lesões que sugeriam a doença na coluna espinhal, conhecida como Mal de Pott. No Brasil, a história da TB está associada ao contexto político, social e cientifico. A doença nunca deixoude existir, acredita-se que surgiu no Brasil desde a colonização (RUFINO, 2002).

Em 2020 registrou-se que, a TB teve acometido cerca de nove milhões de pessoas no mundo, sendo responsável por 1,3 milhões de óbitos entre pessoas sem a infecção pelo HIV. Até 2019, a doença era a primeira causa de óbito por um único agente infeccioso, tendo sido, desde 2020, ultrapassada pelo Covid-19. No Brasil, em 2021, foram notificados 68.271 casosnovos de TB, o que equivale a um coeficiente de incidência de 32 casos por cem mil habitantes(HARDING, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (2022), a TB pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo Mycobacterium tuberculosis: *M. bovis, M. africanum, M. canetti, M. microti, M. pinnipedi e M. caprae* (BRASIL, 2022).

A transmissão do M. tuberculosis se faz por via aérea, de uma pessoa com TB pulmonarou laríngea, que elimina bacilos no ambiente (caso fonte), a outra pessoa, por geração de aerossóis originados da tosse, fala ou espirro. Os principais sinais e sintomas apresentados pelaTB na sua forma pulmonar, que é a principal forma de apresentação clínica são: tosse, febre vespertina, sudorese noturna e perda de peso (PREVEL, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2022), o diagnóstico da TB é baseado nos sintomas clínicos, alterações radiológicas características, alterações histopatológicas compatíveis com TB e na confirmação da presença do agente etiológico através de exames, tais como, a presençade bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) nas amostras orgânicas, assim como, a

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: luizagalvao2011@gmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: josenildamatos147@hotmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

evidencia genética da presença do bacilo nas mesmas amostras(teste rápido molecular-TRM-TB) e também no crescimento da microbactéria em meio da cultura apropriado para o bacilo de Koch.

Em virtude de que ainda é uma doença importante na saúde pública brasileira, pois, ainda possui alta incidência em grupos que apresentam maiores vulnerabilidades, principalmente de ordem social e, ao mesmo tempo em que é extensamente associada aos processos de desigualdades, causa repercussões sociais, ao acometer os segmentos populacionais economicamente ativos, gerando impacto na economia das sociedades e intensosofrimento naqueles que a vivenciam (BERTOLOZZI *et al.,* 2014).

Existem estudos para a persistência da relação entre fatores socioeconômicos e ocorrência da TB, tanto em nível pessoa individual quanto coletivo. No Brasil, a tuberculose afeta principalmente as periferias urbanas e está associada a diversos fatores como: sexo, idade,escolaridade, condições imunossupressoras, como a AIDS, abuso de álcool e outras drogas e péssimas condições de vida (BRASIL, 2014).

No Brasil, foi implantado em 1999 o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), junto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo como objetivo a prevenção,combate, diagnóstico precoce e tratamento da doença na atenção primaria à saúde. E junto comuma equipe multidisciplinar capacitada, esses programas são fundamentais para a implementação e combate da TB (RIBEIRO; SILVA, 2013).

A tuberculose que também foi designada como: a peste branca, doença do peito, ou tísica pulmonar se faz presente há pelo menos uns 70 mil anos e foi estabelecida como uma dasdoenças mais antigas do mundo. Conforme pesquisas a doença tem seu surgimento a partir do continente africano. Foi batizada com o nome científico de *Mycobacterium tuberculosis* e suaevolução acompanhou a dos seres humanos que conforme foram se expandindo e tendo mudanças no seu estilo de vida e fazendo viagens,contribuíram para que outras populações seinfectarem com a doença (JAMAL, *et al.,* 2007).

É relevante destacar que a tuberculose foi responsável por muitas epidemias. A importância desta pesquisa se justifica pelo fato de que essa doença causa o óbito de cerca de 4 mil pessoas por ano no Brasil, impondo a necessidade de estudar o perfil epidemiológico da TBassim como, o papel da enfermagem como um ator de grande importância para o controle da mesma.

Assim sendo, espera-se que a realização desse trabalho possa contribuir futuramente para o desenvolvimento de outros estudos com a mesma temática, por ser um assunto de suma importância para a sociedade e contribuindo como fonte de informações para outros estudantes.

Com isso o objetivo do nosso trabalho é identificar as determinantes das variáveis de incidência de tuberculose no estado do Amazonas.

2. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Trata-se de um trabalho descritivo, retrospectivo e quantitativo com coleta de dados dedomínio público. Segundo Knechtel (2014), a pesquisa quantitative é uma forma de pesquisa que incide sobre uma dificuldade humana ou social, apoia-se na verificação de uma hipótese eé constituída por fatores mensuráveis em termos numéricos, os quais são examinados estatisticamente, com o intuito de averiguar se as generalizações previstas na teoria são confirmadas ou não.

O estudo foi realizado com dados do Amazonas, estado que ocupa uma área territorial de 2,23 hab/km^2, apresentando uma estimativa populacional com cerca de 4.269.995 pessoas (IBGE, 2021).

A pesquisa considerou a quantidade de casos confirmados e notificados de tuberculoseno Amazonas, disponível no site oficial da FVS (Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas) no período de 2021 até 2022, com acesso irrestrito no endereço https://www.fvs.am.gov.br.

Foram utilizados dados apresentados em gráficos e tabelas, ambos extraídos mostrando o crescimento de número de casos de TB no período descrito conforme os dados obtidos no painel epidemiológico da FVS para melhor visualização, compreensão e interpretação.

Em consonância com a RESOLUÇÃO Nº 510, de 07 de abril de 2016, artigo 1º inciso III, por tratar-se de uma pesquisa com dados de domínio público é dispensado submissão à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Os riscos referentes ao trabalho são mínimos, visto que foram utilizados apenas dadosde domínio público obtidos pelo painel de tuberculose da FVS, sem exposição de dados pessoais dos indivíduos dos casos notificados.

Em relação aos benefícios obtidos com o trabalho, ocorreu exposição da evoluçãodo número de casos de Tuberculose no Amazonas, auxiliando assim, na identificação da

prevalência de casos no estado permitindo avaliação das formas de transmissão e melhores métodos de prevenção da doença.

As taxas brutais de ocorrência foram determinadas pela divisão do número de novos casos na população de estudo pelo número de habitantes estimado pelo IBGE para o mesmo período, multiplicado por 100 mil habitantes. A fim de evitar o impacto da diferença de idade na população ao longo dos anos e permitir a comparação, as taxas de tuberculose foram padronizadas por idade, utilizando o método direto. Foi utilizada a população padrão do Brasil,estimada pelo censo demográfico de 2010.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período estudado, foram notificados 7.050 casos de TB em indivíduos residentes no estado do Amazonas. De acordo com os dados da FVS – Fundação de Vigilânciaem Saúde do Amazonas Painel Epidemiologico – TUBERCULOSE, no ano de 2021 foram notificados 3.207 casos; em 2022 foram 3.843 casos. Dados do IBGE (2021 e 2022) apontam que a estimativa populacional de 2021 era de 4.269.995 habitantes; em 2022 a populaçãoaumentou para 4. 899.000 habitantes.

Tabela 1. Casos de óbitos de tuberculose por mês e ano do diagnóstico/ocorrência do óbito, 2021 e 2022

Casos e óbitos de tuberculose por mês e ano do diagnóstico/ocorrência do óbito, 2021													
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Casos	154	242	285	298	297	279	277	288	289	265	293	240	3.207
Óbitos	7	14	11	16	17	8	7	15	13	14	9	21	152
Casos e óbitos de tuberculose por mês e ano do diagnóstico/ocorrência do óbito, 2022													
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Casos	263	294	313	306	346	336	342	399	337	328	260	319	3.843
Óbitos	17	14	14	25	25	13	22	15	18	23	14	13	213

Fonte: Painel epidemiológico – Tuberculose FVS 2021 a 2022

Ao analisar a incidência de casos de tuberculose por ano no estado do Amazonas, identificou-se que em 2021 a incidência era de 71,3 casos/100.000 habitantes. Em 2022, houveum grande aumento para 84,1 casos/100.000 habitantes (BRASIL, 2023).

Segundo o Ministério da Saúde (2022), comparando os dados nacionais de TB 2021, verificamos que o Brasil registrou em 2021 um nível de ocorrência de 32 casos por 100 mil habitantes. Em 2022 esse nível subiu para 36,3 casos por 100 mil habitantes.

Diantes dessa realidade, cabe destacar que o estado do Amazonas apresenta uma taxa de incidência superior à média nacional, embora a incidência de TB no Brasil tenha aumentado nos últimos anos.

Para Suelí et al. (2020), o funcionamento e efetividade do Programa de Controle da Tuberculose (PET) tem apresentado características comuns que impactam negativamente as taxas de TB. Nesta realidade não há integração nas unidades de saúde da família, fragmentaçãodo atendimento, falta de rotinas de atendimento, despreparo para administrar políticas/protocolos, falta de recursos humanos, rotatividade de especialistas, desqualificação das equipes, acúmulo de atividades, baixo envolvimento da comunidade no controle da TB, sãoos fatores mais importantes na alta incidência desta doença.

As figuras apresentadas abaixo são referentes aos dados coletados no painel epidemiologico da Fundação de Vigilancia em Saúde do Amazonas (FVS), no período de 2021a 2022. Estes dados foram analisados e discutidos comparando com a literatura específica do assunto.

Figura 2. Casos de tuberculose, 2021 no Amazonas/Brasil.

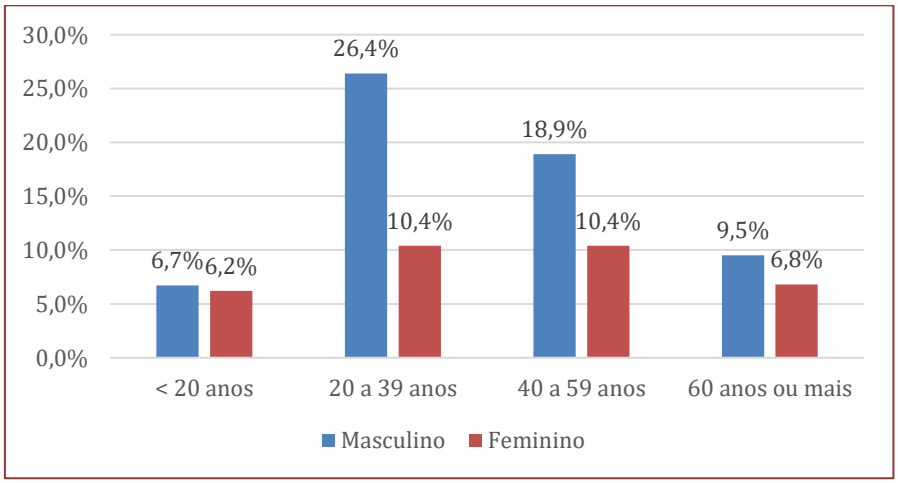
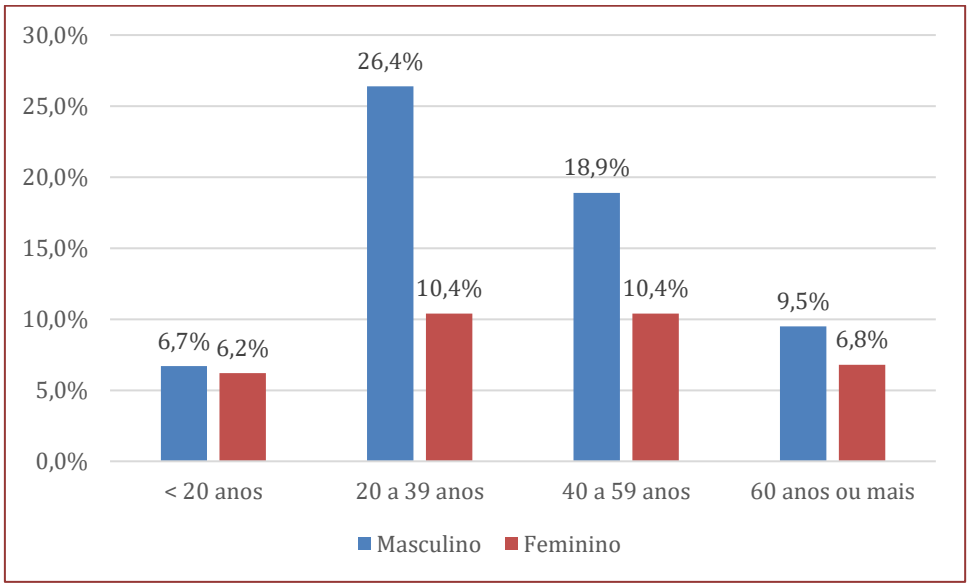


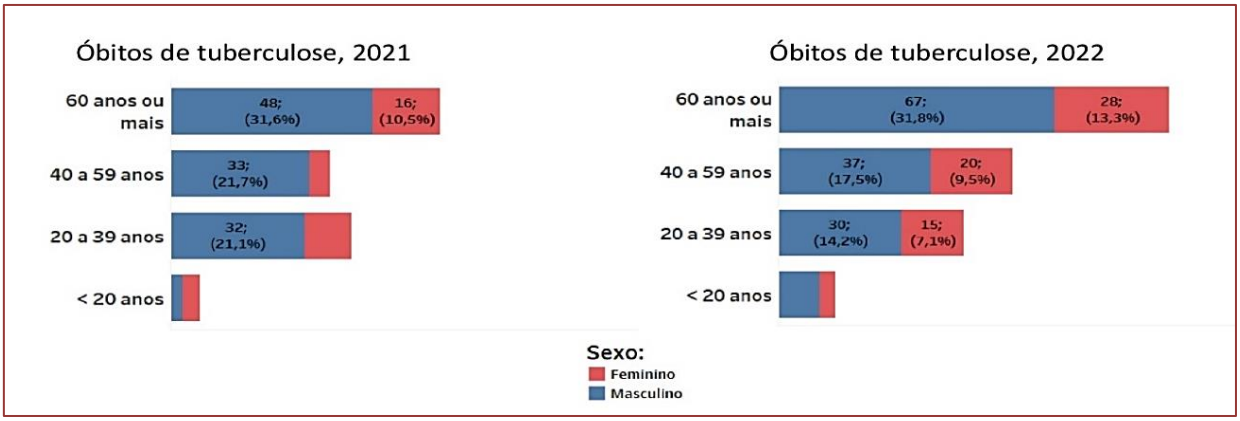
Figura 3. Casos de tuberculose, 2022 no Amazonas/Brasil.



A Figura 01 e 02 apresentam a distribuição dos casos de TB entre os sexos masculino efeminino, no período de 2021 a 2022. Observa-se que do total de pacientes acometido com TB,a maioria dos casos pertencem ao sexo masculino. Existem várias razões pelas quais os homenstendem a ter taxas mais altas de doenças do que as mulheres, incluindo fatores biológicos, socioculturais, comportamentais e ocupacionais. Os homens geralmente viajam com mais frequência, têm mais interações sociais e passam mais tempo em ambientes propícios à propagação de doenças. Além disso, os homens são mais propensos a trabalhar em profissões de alto risco que aumentam suas chances de contrair a doença. Além disso, outros fatores que sabidamente aumentam o risco de tuberculose, como tabagismo e alcoolismo, são mais prevalentes em home (CECÍLIO HPM, *et al*., 2018).

Em estudo feito sobre o perfil epidemiológico dos casos de TB extrapulmonar em um município do estado da Paraíba (BARROS et al., 2014), observou-se que a grande incidência dos casos são em sexo masculino, idade de 20 a 39 anos, raça/cor branca e sem escolaridade.

Figura 4. Óbitos de tuberculose, 2021e 2022 no Amazonas/Brasil.



Para complementar o estudo, foi verificado que o número de óbitos causado pela tuberculose na terceira idade, sendo possível concluir que os idosos com idade entre 60 anos oumais representam a maior ocorrência de óbitos por causa da tuberculose com 31,6% em 2021 e31,8% em 2022, em seguida os adultos de meia idade entre 40 a 59 anos com cerca de 21,7% em 2021 e 17,5% em 2022 todos do sexo masculino. Portanto, podemos destacar uma situação de risco dentro dessa faixa etária citada, o que descobrimos que a tuberculose é 2 vezes maior em homens do que mulheres, comparando os dados desse estudo com o de nível global de Negin*et al.* (2015) que há uma maior mortalidade entre os idosos e esse fator tem sido explicado pela fragilidade do sistema imunológico devido a comorbidades, dificuldades no diagnóstico por sintomas incomuns e maior risco de desenvolver formas mais graves e pelo próprio processo de envelhecimento.

Como mostra nas figuras 4 e 5, no ano de 2021 mostra as maiores taxas de incidências de tuberculose foram observadas em Iranduba, seguidas por Manacapuru, Manaus, Tefé, Tabatinga, São Gabriel da Cachoeira, Maués, Jutaí, Barreirinha, Boca do Acre, Nova Olinda doNorte, Urucurituba, Borba e Beruri. No ano de 2022, mostra as maiores taxas de incidências nos seguintes municipios do estado do Amazonas como Tefé, Iranduba, Manacapuru, Manaus,São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga, Urucurituba, Jutaí, Boca do Acre, Beruri, Maués, Nova Olinda do Norte, Barreirinha e Borba.

Figura 5. Taxa de incidência (100 mil hab.) de tuberculose de todas as formas no período de 2021 no Amazonas/Brasil.

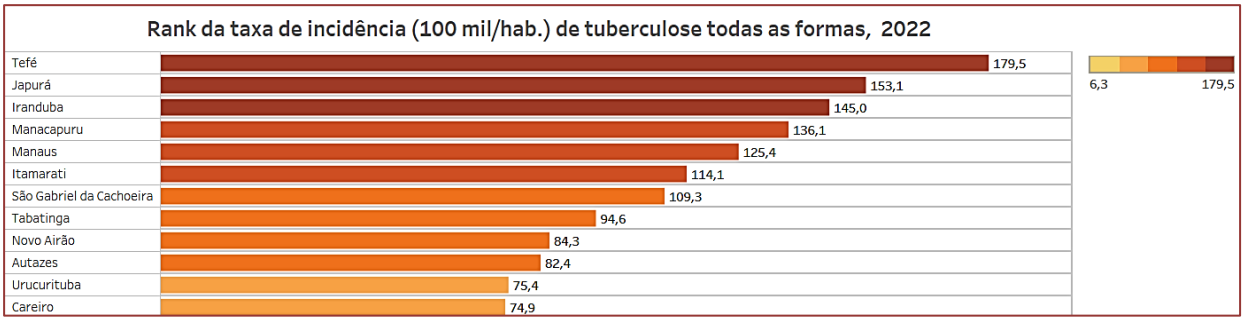
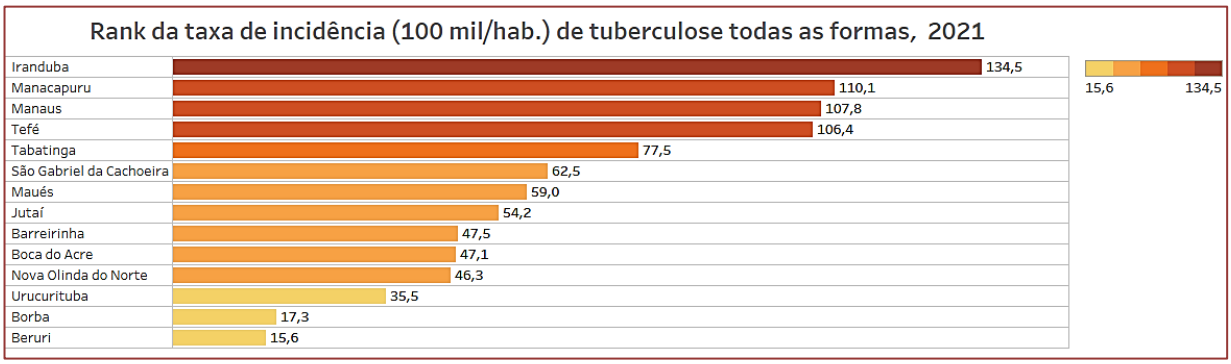


Figura 6. Taxa de incidência (100 mil hab.) de tuberculose de todas as formas no período de 2022 no Amazonas/Brasil.



Três municípios do Estado do Amazonas (Iranduba, Manacapuru e Manaus) apresentamas maiores incidências de TB no período de 2021. Já em 2022 temos (Tefé, Japurá e Iranduba)com as maiores números de TB. Percebe-se que em 2021, os primeiros municípios fazem parteda Região Metropolitana de Manaus (RMM) em especial Iranduba, por ser visto nos dois anosestudados, podemos explicar esse fato com a inauguração da ponte sobre o Rio Negro, principal tarefa da RMM, a circulação de pessoas e mercadorias foiram muito facilitada.

Este aumento do acesso resultou no aumento das necessidades de infraestruturas, nomeadamente naárea do saneamento, o que levou a uma deterioração da saúde da comunidade, principalmente no que diz respeito às doenças de veiculação hídrica (RIBEIRO, *et al*., 2011).

Manaus encontra-se em terceiro lugar no rank em 2021, pois a maior parte da população amazonense reside em Manaus e sabe-se que a cidade teve um aumento populacional significativo nos últimos dez anos, devido o processo migratório, principalmente por indígenas que buscam melhores condições de vida e isso se reflete, portanto, em maior concentração no número de aglomerados subnormais. Para Ferreira *et al*. (2021), assim como outras doenças endêmicas, o comportamento da TB é fortemente influenciado pelo ambiente, o que permite evidenciar vínculos entre a TB e os fatores de risco como condições socioeconômicas que remontam ao início da epidemiologia da doença.

O município de Tefé/AM apresenta um panorama relevante de casos de tuberculose com uma taxa de incidência de 179,5 por 100.000 habitantes em 2022 é, portanto, considerado um município prioritário para a estratégia de erradicação da tuberculose. Segundo Medeiros (2020),o município de Tefé mostra a diversidade geográfica do manejo da doença, pois cria dificuldades no acesso a comunidades remotas em áreas rurais, pois as viagens são feitas em pequenos barcos e canoas, atrasando a busca por tratamento, testes de diagnóstico e dificuldades de acompanhamento.

Em um estudo feito sobre Tuberculose nos municípios amazonenses da fronteira Brasil- Colômbia-Peru-Venezuela do estado do Amazonas (MALACARNE *et al*., 2019), destaca que para a sub-região do Alto Solimões encontra-se o município de Japurá e Tabatinga, cuja taxa aumentou durante o período de análise. Tabatinga é considerada a cidade gêmea de Letícia, naColômbia, e junto com Santa Rosa, no Peru, forma a tríplice fronteira internacional Brasil- Colômbia-Peru. A região tem alguns benefícios para a disseminação de doenças infecciosas, principalmente: a livre circulação de pessoas (principalmente indígenas) através das fronteiras;disparidades na qualidade e no acesso aos serviços de saúde; a presença de contrabando de armas e drogas em larga escala, conflito armado; prostituição e disseminação de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente HIV/AIDS.

As taxas de mortalidade por tuberculose pulmonar identificadas nesse estudo foram significativamente altas em alguns municípios no estado do Amazonas durante o período de 2021 a 2022, sendo constatado que as cidades de Fonte Boa e Autazes apresentaram as maioresproporções de óbitos no estado nos respectivos anos estudados.

Figura 7. Taxa de mortalidade (100 mil hab.) de tuberculose de todas as formas no período de 2021 no Amazonas/Brasil.

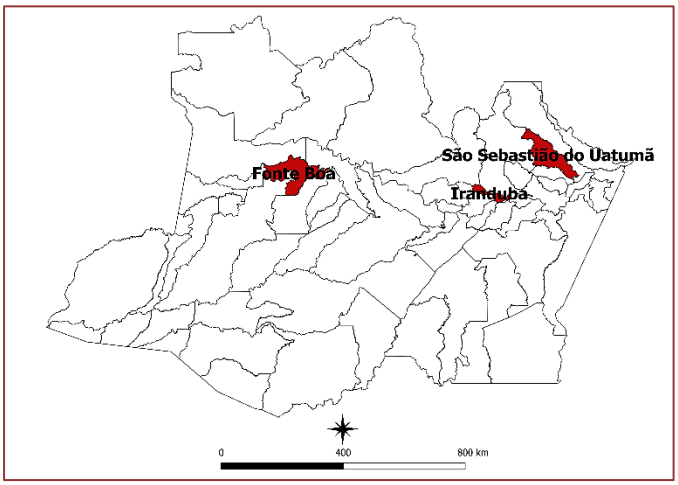
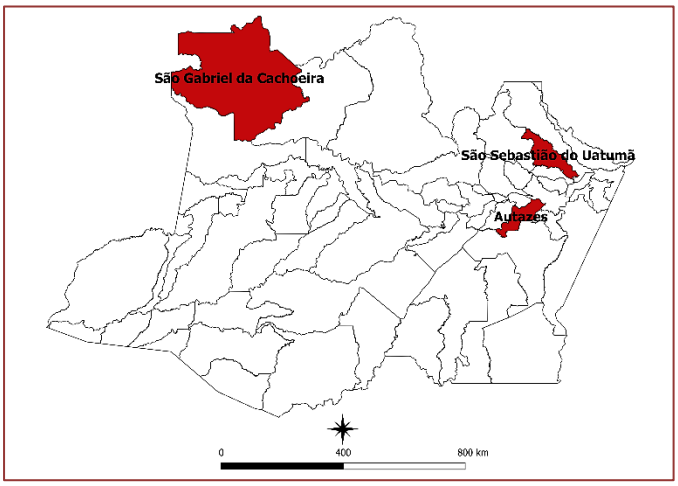


Figura 8. Taxa de mortalidade (100 mil hab.) de tuberculose de todas as formas no período de 2022 no Amazonas/Brasil.



Fonte Boa é um município que se encontra na microrregião Alto Solimões, e nela encontra-se grande parte dos indígenas Tikuna. Para Canalez *et al* (2020), os municípios do Alto Solimões são caracterizados por baixos índices de desenvolvimento humano, vulnerabilidade social, fragilidade no saneamento básico, atenção a saúde e inserção em ambientes formais de trabalho estão associados a várias práticas de exploração predatória de recursos naturais que expõem os moradores a vários fatores potenciais para a transmissão de doenças.

Realizou-se um estudo sobre as representações sociais de ribeirinhos de Urucurituba, Autazes e Manaus sobre o acesso aos serviços de saúde em comunidades rurais. Monteiro (2014), destarca que a situação de saúde da comunidade é caracterizada pela fragmentação do sistema de atendimento médico, isolamento dos pontos de atendimento a serviços de saúde, desconexão com os usuarios, descontinuidade no atendimento, não estratificação de risco e desorganização dos diversos tipos de formas

organizacionais nas intervenções parasubpopulações de conglomerados ribeirinhos e indigenas em suas necessidades de saúde.

Figura 9. Taxa de incidencia (100 mil hab.) de casos de tuberculose/HIV no período de 2021 no Amazonas/Brasil.

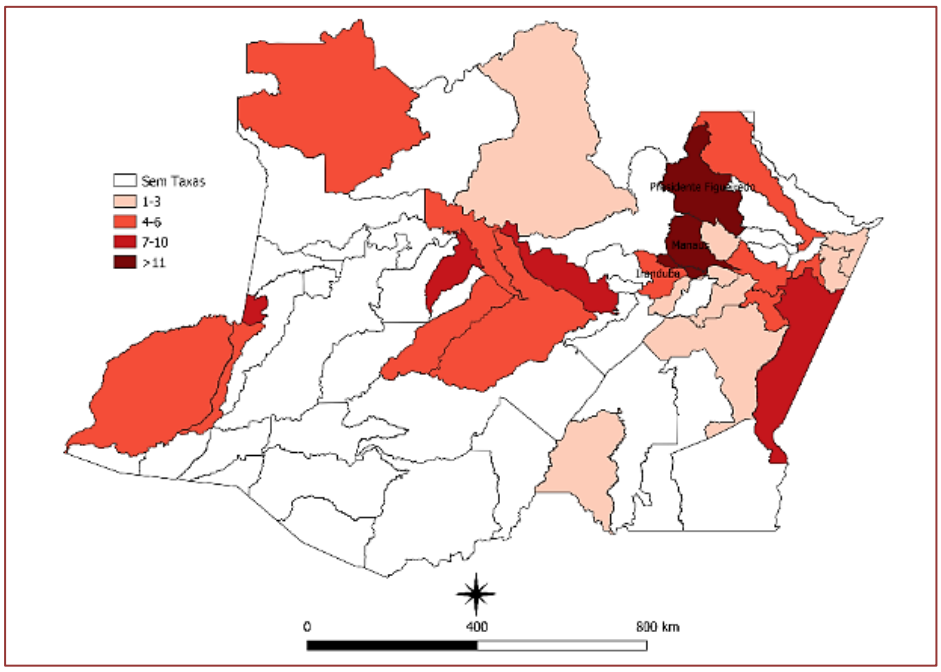
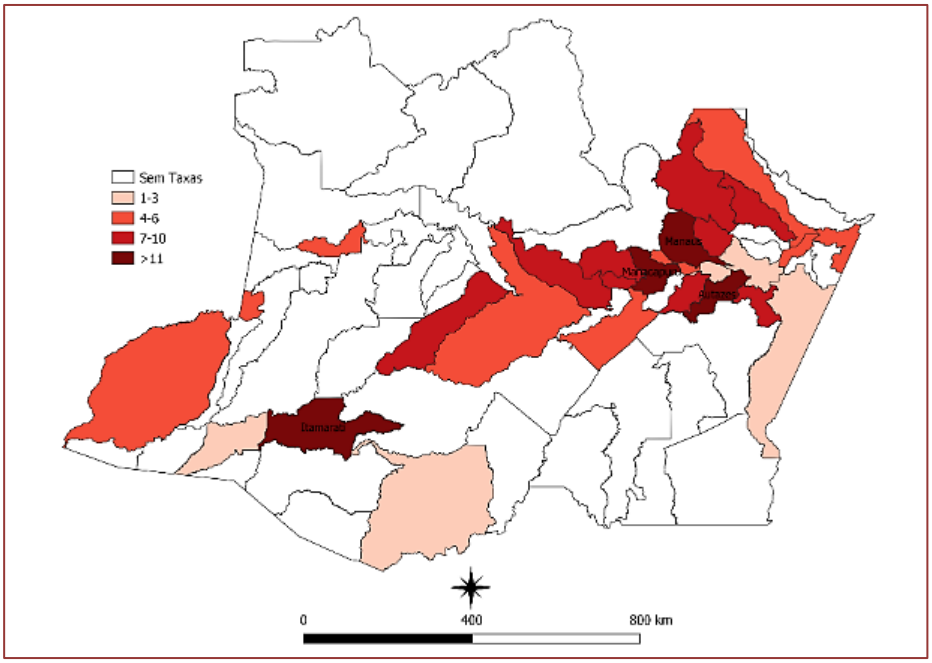


Figura 10. Taxa de incidencia (100 mil hab.) de casos de tuberculose/HIV no período de 2022 no Amazonas/Brasil.

Entre os municipios estudados, os pacientes co-infectados de TB/HIV chamam atençãopor apresentarem associação estatística significante com a alta incidência nos municípios do estado do Amazonas, destacam-se os seguintes municípios: Presidente Figueiredo 14,1%, Manaus 13,9% e Irabduba 14,7% foram a média de incidência em 2021.



Em 2022 destacam-se os seguintes munícipios: Manaus 13,8%, Itamarati 12,7% e Manacapuru 11,4%.

Essa tendênciatem sido revelada em vários estudos (Gaspar *et al*, 2016; 13p *et al*, 2012; Santos *et al* 2017), nesse sentido Rossetto (2019) ressalta que a TB/HIV/Aids em Porto Alegre, ocorre comumenteem cenários de extrema vulnerabilidade social, a partir das informações reveladas na pesquisa certas condições que ocorrem ao longo do processo da doença desempenham um papelimportante no aumento do risco de HIV e TB e podem piorar o estado de saúde. Conforme descrito no estudo, entre essas condições estão: ser negro, usar drogas, ser profissional do sexo,ter historico de encarceramento prisional, ter baixa escolaridade e não ter emprego.

Para Baldan *et al* (2017), desigualdades sociais decorrentes de disparidades socioeconômicas devido à migração, urbanização e crescimento demográfico podem levar a inúmeros problemas de saúde, incluindo acesso deficiente a alimentos de qualidade, desnutrição, moradia inadequada, pobreza, barreiras culturais, acesso geográfico limitado a serviços de saúde e maior incidência de doenças doenças como tuberculose e HIV.

As barreiras sociais, econômicas e sistêmicas para a detecção precoce do HIV precisam ser reduzidas, o tratamento antirretroviral deve ser fornecido a todas as pessoas vivendo com HIV e a triagem para tuberculose e o teste de HIV devem ser promovidos para todas as pessoas que vivem com ambas as doenças, principalmnte quando há suspeita de infecção latente (FAUSSETT *et al*., 2016).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou analisar o perfil dos doentes de tuberculose no estado doAmazonas nos ano de 2021 e 2022, considerando a distribuição da doença podemos destacar pontos importatntes a serem observados, como: óbitos por TB, idade, sexo e municípios com índices elevados. Os resultados apresentados neste estudo mostram que é necessário fortalecera colaboração entre os programas de controle da tuberculose (PCT) e as equipes de saúde que atuam na atenção básica, indivíduos previamente tratados para TB e fumantes devem ser identificados e monitorados. Isso pode ajudar a reduzir os resultados adversos no tratamento daTB. Outro ponto importante é a orientação sobre a cessação do tabagismo para pessoas em tratamento para tuberculose, entre outros benefícios para a saúde também pode prevenir o desenvolvimento de casos de tuberculose resistentes.

Assim, pode haver uma explicação para a necessidade de reconsiderar um modelo de atenção que realmente use a atenção primária como caminho para o diagnóstico de TB, porque o atraso no diagnóstico decorre da não consideração da possibilidade do diagnóstico da doença,mesmo diante de queixas relacionadas aos sinais e sintomas da doença, seja por falta de informação, conhecimento dos profissionais ou seja por dificuldades da população em relatar seus sintomas.

Outro fator que pode está colaborando para o não diagnóstico é a falta de despreparo dos profissionais de saúde da atenção básica para a busca regular de sintomáticos respiratórios na área de abrangência, assim como na identificação de sintomáticos na população que procuraos serviços de saúde por outras necessidades.

No que se refere aos agravos associados como fatores de risco que interferem no

controle da doença destacam-se a AIDS, o alcoolismo, a livre circulação de pessoas através das fronteiras, o aumento populacional nos municípios, drogas, contrabando e a dificuldade ao acesso a assitência. Em relação à AIDS propõe-se que haja uma articulação efetiva entre o Programa de Controle da Tuberculose e o Programa de DST/AIDS a fim de desenvolver medidas de controle e estratégias de acompanhamento para reduzir o abandono do tratamento e os casos de óbito por tuberculose, com isso, os pacientes co-infectados TB/HIV teriam maiorsobrevida e consequentemente melhor qualidade de vida. O fato do homem ser o provedor da familia, faz com que isso repercuta negativamente neste cenário, principalmente pelo maior acometimento da TB ser predominante na população masculina. Nessa perspectiva, há necessidade de repensar as ações de saúde para essa parcela específica da população, alinhando-se aos princípios e diretrizes da Política Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem. Dessa forma, será possível compreender os diversos contextos sociais, culturais, políticos e econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e sistemas locais de saúde.

Conclui-se que a redução da tuberculose depende essencialmente de ações intersetoriais, interdisciplinares, maior articulação entre os pontos de atenção, um sistema de informação de qualidade, expansão do tratamento supervisionado, qualificação e sensibilização dos profissionais da saúde.

Reiteramos a necessidade de comunicar informações sobre a doença à população em geral, mais especificamente sobre sinais, sintomas, transmissão e tratamento, inclusive enfatizando a possibilidade de bom prognóstico quando o tratamento adequado é realizado. Taisesclarecimentos são necessários para diminuir o estigma da população sobre a doença e diminuir a demora do paciente em procurar atendimento, obtendo assim uma diagnose veloz econsequentemente um tratamento com menos complicações.

REFERÊNCIAS

[1] BALDAN, Sueli Santiago; FERRAUDO, Antonio Sergio; ANDRADE, Monica de. Características clínico-epidemiológicas da coinfecção por tuberculose e HIV e sua relação como Índice de Desenvolvimento Humano no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Rev Pan- Amaz Saude**, Ananindeua, v. 8, n. 3, p. 59-67, set. 2017. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232017000300059&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 abr. 2023. http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232017000300007.

[2] BARROS, P. G. DE. et al.. Perfil Epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar emum município do estado da Paraíba, 2001-2010. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. Cad. saúdecolet., 2014 22(4), p. 343–350, out. 2014.

[3] BERTOLOZZI, M. R.; TAKAHASHI, R. F.; HINO, P.; LITVOC, M.; FRANÇA, F. O. de S. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. Revista de Medicina, [S. l.], v. 93, n. 2, p. 83-89, 2014. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v93i2p83-89. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/97330. (Acesso em: 11set. 2022).

[4] BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções SexualmenteTransmissíveis. Tuberculose 2023 Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 13p.

[5] BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos no âmbito da saúde única 201-2022(PAN-BR), Brasília. Ministério da Saúde. 2018; 1:10–21.

[6] BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Tuberculose2022 Brasília: Ministério

da Saúde, 2022. 10p.

[7] BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamentode Vigilância em Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 364p.

[8] BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamentode Vigilância em Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40p

[9] BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamentode Vigilância em Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 366p.

[10] BRASIL. IBGE. Censo Demografico, 2022. Disponível: https://www.ibge.gov.br

[11] CANALEZ, G. de G.; RAPOZO, P.; COUTINHO, T.; REIS, R. Espalhamento da Covid-19 nointerior do Amazonas: panorama e reflexões desde o Alto Solimões, Brasil. **Mundo Amazónico**, *[S. l.]*, v. 11, n. 2, p. 111–144, 2020. DOI: 10.15446/ma.v11n2.88492. Disponívelem: https://revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/view/88492. Acesso em: 26 abr.2023.

[12] CECÍLIO HPM, et al. Tuberculosis mortality trend in the state of Paraná, Brazil - 1998-2012. Ciência & Saúde Coletiva2018; 23(1):241-248.

[13] COSTA, DF da.; SILVA, MP da; SPINOLA, MCR Incidência de casos de tuberculose no município de Santarém, de 2018 a 2020. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, *[S.l.]*, v. 10, n. 15, pág. e588101523697, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.23697. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23697. Acesso em: 2 abr. 2023.

[14] FERREIRA DOS SANTOS, M; FERREIRA DOS SANTOS RODRIGUES, J. .; FERREIRA DOS SANTOS, M. . Análise espacial dos óbitos por tuberculose pulmonar no estado do Amazonas. **Nursing (São Paulo)**, *[S. l.]*, v. 24, n. 273, p. 5243–5254, 2021. DOI: 10.36489/nursing.2021v24i273p5243-5254. Disponível em: https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1171. Acesso em: 2 abr. 2023.

[15] GODFREY-FAUSSETT, PETER; AYLES, HELEN; (2016) Why are people living with HIV still dying of tuberculosis? Lancet, 387 (10024). pp. 1141-1143. ISSN 0140-6736 DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00699-1

[16] HARDING E, WHO global progress report on tuberculosis elimination. Lancet RespirMed. 2020 Jan;8(1):19. doi: 10.1016/S2213-2600(19)30418-7. Epub 2019 Nov 6. Erratum in: Lancet Respir Med. 2019 Nov 15;: PMID: 31706931.

[17] JAMAL, Leda Fátima e Moherdaui, FábioTuberculose e infecção pelo HIV no Brasil:magnitude do problema e estratégias para o controle. Revista de Saúde Pública [online]. 2007, v. 41, suppl 1 [Acessado em 05 de outubro de 2022], pp. 104-110. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000800014>. Epub 21 Nov 2007. ISSN 1518-8787.https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000800014.

[18] KNECHTEL, Maria do Rosário. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.

[19] KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran** – Patologia – BasesPatológicasdas Doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 382p.

[20] MACEDO, Laylla Ribeiro, Maciel, Ethel Leonor Noia e Struchiner, Claudio JosePopulações vulneráveis e o desfecho dos casos de tuberculose no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online].2021, v. 26, n. 10 [Acessado 9 Novembro 2022], pp. 4749-4759. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.24132020>. Epub 25 Out 2021. ISSN 1678- 4561. https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.24132020.

[21] MACÊDO, M. P. S.; DE MELO, C. S.; CUNHA, B. R. M.; DOS SANTOS, P. S. P.; MARX, M.; DE MENEZES, T.; BRILHANTE, A. L.; NORONHA, J. W. C. Perfil epidemiológico da tuberculose em individuos do sexo masculino em uma area descentralizada de saude no Ceará/ Epidemiological profile of tuberculosis in individuals of male gender in a decentralized healtharea in Ceará. **Brazilian Journal of Health Review**, *[S. l.]*, v. 4, n. 3, p. 11436–11446, 2021. DOI:10.34119/bjhrv4n3-140.Disponívelem:https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/30324. Acesso

em: 20 feb. 2023.

[22] MALACARNE, J. et al.. Performance of diagnostic tests for pulmonary tuberculosis inindigenous populations in Brazil: the contribution of Rapid Molecular Testing. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 45, n. J. bras. pneumol, 2019 45(2), p. e20180185, 2019.

[23] MEDEIROS, Josiane de Souza. Caminhos da população ribeirinha: produção de Redes Vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas. 2020. 235 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2020.

[24] MONTEIRO, Rayner Augusto Libório dos Santos. Representações sociais de ribeirinhos sobreo acesso aos serviços de saúde, comunidade rural Vila de Urucurituba, Autazes, Amazonas. 2014. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2014.

[25] N, R. S., Nunes, N., Nunes, M., & Rodrigues, V. P. (2016). Temporal analysis of reported casesof tuberculosis and of tuberculosis-HIV co-infection in Brazil between 2002 and 2012. *Jornal brasileiro de pneumologia: publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisilogia*, *42*(6), 416–422. https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000054

[26] NEGIN, J., ABIMBOLA, S., & MARAIS, B. J. (2015). Tuberculosis among older adults--timeto take notice. *International journal of infectious diseases: IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*, *32*, 135–137.https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.11.018

[27] NEVES, L. A. DE S. et al.. Aids e tuberculose: a coinfecção vista pela perspectiva da qualidadede vida dos indivíduos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. Rev. esc. enferm.USP, 2012 46(3), p. 704–710, jun. 2012.

[28] PEREIRA, ANDRIELLY et al. Série histórica da taxa de incidência de tuberculose em Santa Catarina: análise de uma década, 2010-2019. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. v. 31, n. 3 [Acessado 20 Fevereiro 2023], e20211067. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300002>. ISSN 2237-9622. https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300002.

[29] PREVEL R, Receveur MC, Duvignaud A. Des nodules pulmonaires [Pulmonarynodules].Rev Med Interne. 2018 Oct;39 (10):829-831.

[30] PULMÃO RJ,p. 29-35, 2006. Disponível em: https://www.saudedireta.com.br/docsupload/13404591932.pdf>. Acesso 07 de agosto de 2022.

[31] RIBEIRO, Luzimar Costa; SILVA, Silvana Ferreira da. Assistência de Enfermagem ao Paciente Portador de Tuberculose Pulmonar. Dissertação (Obtenção de Titulo de Graduado emEnfermagem). Faculdade Integradas Promove de Brasília, 2013.

[32] RIBEIRO, M. L.; SCHOR, T. SAÚDE URBANA NO EIXO MANAUS - IRANDUBA: UMESTUDO SOBRE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS FEIRANTES DE IRANDUBA-AM. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 7, n. 13, p. 108–123, 2011. DOI: 10.14393/Hygeia717069. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/17069. Acesso em: 8 abr. 2023.

[33] ROSSETTO, M. et al.. Coinfecção tuberculose/HIV/aids em Porto Alegre, RS - invisibilidadee silenciamento dos grupos mais afetados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. Rev. Gaúcha Enferm., 2019 40, p. e20180033, 2019.

[34] RUFFINO-NETO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.

[35] SANTANA S, Teixeira CFS, Rodrigues AS, Skalinski LM. Dificuldades, caminhos e potencialidades da descentralização do atendimento à tuberculose. J Health Biol Sci. 2020 J; 8(1):1-5

[36] SANTOS, D. T. DOS . et al.. Infecção latente por tuberculose entre pessoas com HIV/AIDS, fatores associados e progressão para doença ativa em município no Sul do Brasil. **Cadernos deSaúde Pública**, v. 33, n. Cad. Saúde Pública, 2017 33(8), p. e00050916, 2017.

[37] TAVARES, C. M. et al.. Tendência e caracterização epidemiológica da tuberculose emAlagoas, 2007- 2016. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. Cad. saúde colet., 2020 28(1), jan.2020.

CAPÍTULO

09

Design thinking na enfermagem:promoção da segurança laboral

Kaedro da Silva Nascimento[1], Paulo Gabriel Cruz de Souza Filho[2], Loren Rebeca Anselmo do Nascimento[3], Graciana de Sousa Lopes[4], Luan Neves Ferreira[5]

1. INTRODUÇÃO

Em 2021 o Brasil ficou 4º lugar no ranking mundial sobre a acidente do trabalho (AT) com o registro de 2,5 mil óbitos e 5718 Comunicações de Acidente do Trabalho (CAT) protocolados no Observatório de Saúde Segurança do Trabalho (SmartLab) da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e do Ministério Público do Trabalho (MPT), esses dados mostra que o país precisa avançar nas políticas de prevenção mesmo tendo em sua estrutura desde 1930 um Ministério do Trabalho (MT) e em 1943 uma Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), (BECKER, 2019).

Reduzir os indicadores de acidentes do trabalho deu-se em 1970 com a integração dos profissionais de enfermagem no serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). Com base nos indicadores dos órgãos é destacado aatuação do enfermeiro como gestor da qualidade a fim de minimizar os índices de acidentes na prática de enfermagem. (FERREIRA, 2020). Compreender o papel do enfermeiro como gestor da qualidade no exercício de sua profissão é a base para assegurar a qualidade (ALVES, 2019).

Dessa forma, o trabalho tange as primeiras medidas do Brasil quanto à Saúde e Segurança do Trabalho (SST) em 1919, até os novos métodos de gestão da contemporânea através da Experiência do Usuário (UX). O Foco deste trabalho é realizar uma revisão narrativa da literatura com base nos indicadores de AT na área da saúde, pautando o uso de ferramentas da qualidade e de UX por meio do enfermeiro para atuação e promoção da SST. (MACIEL, 2021).

As ferramentas da qualidade: Matriz SWOT, 5W3H e PDCA são amplamente discutidas ao longo do trabalho inspirando a UX, e trazendo a luz como o enfermeiro na função de gestor pode administrar toda a sua equipe na construção do plano estratégico de SST, visando aproximar toda a equipe aos objetivos, neste contexto o referido trabalho se apropria de uma metodologia usada Vale do Silício por *Startup sendo o "Design Thinking" (DT)* que tem como foco o ser humano. (SILVA, 2019).

[1] Acadêmico de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: kaedro.nascimento@gmail.com
[2] Acadêmico de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: paulogabriel20@icloud.com
[3] Mestre em Infectologia; Docente do CEUNI-FAMETRO. E-mail: lorenrebecaanselmo@gmail.com
[4] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. E-mail: gracilopess@hotmail.com
[5] Especialista Marketing Estratégico; Analista do HEMOAM. E-mail: maisluanneves@gamil.com

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. CONTEXTO DA SEGURANÇA DO TRABALHO NO BRASIL

Pedrotti (2006) Quando Karl Marx em 1867 em seu livro "O Capital" relatou as condições insalubres de trabalho no século XVIII, não tão obstante ainda é possível encontrar um cenário semelhante no Brasil, mesmo com a promulgação da uma lei de proteção ao trabalho infantil. Com a criação da OIT em 1919 o país é incorporado ao Tratado de Versalhes, regulamentado a Lei nº 3.72 de seguro de riscos ocupacionais

Mendonça et al. (2015) Salienta que na Era Vargas o Brasil teve seu primeiro Ministério do Trabalho através do Decreto nº 19.433 de 26 de novembro de 1930, logo após foi criada a primeira Inspetoria de Segurança e Saúde do Trabalho, hoje designada de Secretaria Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, outro marco para os direitos dos trabalhista foi a, implementação da Consolidação das Leis Trabalhista (CLT) em 1º de maio de 1943, é através da CLT que é garantido a Comissão de Prevenção de Acidentes (CIPA), Normas Regulamentadoras (NR's) e o SESMET.

Em 1990 o MT atualiza NR 4, incorporando ao quadro multiciplinar do SESMT o enfermeiro do trabalho e o auxiliar de enfermagem como profissionais obrigatórios dentro deste serviço (CABRAL; SOLER; WYSOCKIB, 2017).

2.2. INDICADORES DE ACIDENTES NO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM

Becker (2019), a Constituição Brasileira (CB) em seu Art. 19 dispõe que "acidente do trabalho é aquele que acontece no exercício do trabalho ou a serviço dele no qual leva a perda total ou parcial da mobilidade ou cognitiva".

Santana et al., (2016).O Sistema de Monitoramento da Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem (SIMOSTE) cruzou o registro de 1.050 prontuários abertos como acidentes trabalho na área da saúde envolvendo os Hospitais da Universidade Federal do Paraná em 2011, a consolidação do SIMOSTE abrangeu os agravos à saúde e expôs que 49,7% dos acidentes envolvendo auxiliares de enfermagem, 36,5% técnico de enfermagem e 13,8% os enfermeiros. Conforme os dados do sistema as patologias envolvem doenças do aparelho respiratório (18,6%), infecções gastrointestinais (9,7%) e conjuntivite (6%), cefaléia (4%), varizes (1,5%), depressão (2,9%) e hipertensão arterial (2,8%) outros (54,5%) estão correlacionadas às outras áreas de assistência à saúde e administrativas.

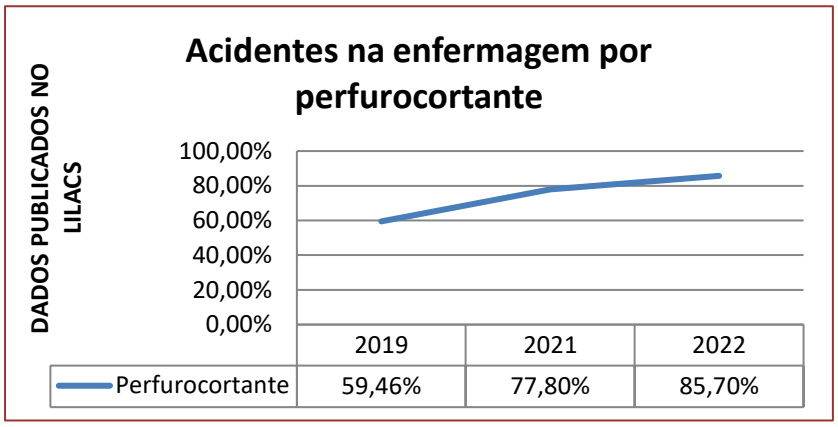
Asfóra (2014), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), cruzou os dados de 2007 a 2010 indicando um aumento de 108% nas notificações de acidentes de trabalho envolvendo o contato com material biológico no Brasil. No Brasil, os acidentes de trabalho são divididos em três tipos, os Acidentes Típicos, Acidentes de Trajeto e as Doenças do Trabalho. Bakke e Araújo (2010) articularam um estudo entre 2001 a 2008 sobre a CAT's protocoladas dentro do hospital universitário de Curitiba e constataram que 64% dos agravos envolvem materiais perfurocortantes; 12% fluido corpóreo; 6% mobiliário; 6% queda e 3% prontuário.

A medição do SIMOSTE e SINAN clarifica que esses profissionais estão 1,5% envolvidos em riscos de contrair doenças quanto aos demais trabalhadores elencados na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), em virtudes de estarem expostos a fatores químicos e biológicos. Mesmo com a aprovação da Portaria nº 3.214 do MT que estabelece ações medidas de Segurança e Saúde no Trabalho em Ambientes de Saúde por intermédio

da NR32, os profissionais de saúde sofrem acidentes constantemente na mesma recorrência que os trabalhadores da indústria (SOUZA, 2011).

Diante a mendicidade de dados atualizados sobre a temática central do trabalho, e atendendo aos critérios de elegibilidade da pesquisa por meio do cruzamento de dados disponíveis no sistema de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), foi identificado que entre 2019 a 2021 houve o crescimento em 30,84% de acidentes com objetos perfurocortantes e entre 2021 a 2022 um aumento de 10,15%, os dados sequem compactados abaixo:

Figura 1: Elaborado pelo autor (2023)



Guimarães et al. (2022) enfatiza que os acidentes ocorridos no Hospital Universitário de São Paulo são subnotificados e que 85,70% dos acidentes engloba material biológico envolvendo membros da equipe de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica e Adulto . Outro indicador é do artigo de Gonçalves et al., (2019) no qual constatou que 59,6% dos acidentes envolveram técnicos de enfermagem, os autores destacam a importância da educação continuada e a efetividade de um plano de ação voltado para a redução de acidentes, com o intuito de estimular a cultura de notificação de acidentes.

A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) coadunou informações do bancos de dados da Superintendência Regional de Saúde (SRS) em uma cidade no norte de Minas Gerais e identificou 77,80% das notificações na SRS estão correlacionadas a profissionais de enfermagem, não obstante as notificações por material biológicos predomina, sendo o sangue o tipo de material orgânico com maior frequência nos acidentes correspondendo por 821 notificações, ou seja, 80,1% dos registro do SRS (PEREIRA et al., 2021).

Para reduzir esses riscos na atividade profissional foi criado a NR 9, que abrange os riscos ocupacionais no ambiente laborativo, sendo assim o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) tem como objetivo descrever as fontes de riscos e as medidas preventivas (GARCIA, 2013).Tendo em vista que ambiente hospitalar possui diversas fontes de riscos o próximo subcapitulo abrange a colaboração do enfermeiro como agente para a segurança laboral no ambiente hospitalar.

2.3. O ENFERMEIRO COMO GESTOR DA QUALIDADE NA CULTURA PREVENCIONISTA

Foi durante a Guerra Civil de 1800, que a assistência de enfermagem cresceu nos Estados Unidos com a adesão da Cruz Vermelha criada para ajudar soldados feridos no campo de batalha (PERRY, 2009). No campo da assistência de enfermagem no ambiente do trabalho foi na década de 1970 que o governo brasileiro passou a exigir das empresas a contratação profissionais especializados, como médicos do trabalho, enfermeiros do trabalho, engenheiros de saúde do trabalho e técnicos de segurança do trabalho para atender o dispositivo da NR4 no âmbito do SESMT (MATOS; SILVA; LIMA, 2017).

O oficio do enfermeiro na lei n. A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a existência de especialista que possua as qualificações necessárias para o exercício da atividade de enfermeira, ou seja, as qualificações superiores exigidas pelo Ministério da Educação. Como gestores e organizadores de saúde que trabalham na prevenção de doenças, controle epidemiológico e reabilitação de pacientes (ALVES, 2019).

Gonçalves et al. (2019) Uma das atividades importantes para garantir a segurança da equipe de enfermagem é o treinamento, desenvolvimento e avaliação de desempenho, essas medidas, a formação profissional auxilia na redução dos indicadores de acidentes de trabalho, avaliação contínua do grupo de trabalho é fundamental "a equipe de enfermagem deve ser continuamente avaliada para identificar e corrigir deficiências que possam prejudicar a gestão e a qualidade da enfermagem". Pacheco (2005) defende que a estratégia é focar em atividades de curto prazo que possibilitem a integração entre teoria e prática seguindo os princípios da andragogia, uma vez que a enfermagem tende a promover e otimizar a saúde, prevenir lesões e doenças.

Stefano (2020), A Melhoria da Qualidade (MQ) é um processo pelo qual uma organização analisa e avalia seu desempenho e promove atividades foco em seus objetivos, a prática de MQ é baseada em evidências e melhoria continua condizente com a proposta de criar um ambiente seguro para todos. (PERRY, 2009) sendo a enfermagem um complexo processo de tomada de decisões que envolvem um pensamento crítico, a atividade da MQ se incorpora aos preceitos já descritos.

Diante ao exposto o enfermeiro é protagonista na liderança da equipe de enfermagem, planejando, coordenando, executando e avaliando as atividades referentes aos cuidados da enfermagem (ALVES, 2019). Este trabalho demonstra a competência do enfermeiro no papel de supervisor, pois, como mostrado anteriormente, os dados de acidentes de trabalho na enfermagem são frequentes e diante desses desafios o enfermeiro tem a incumbência de promover a saúde e segurança de seus clientes internos e externos.

2.4. GESTÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM POR MEIO DESIGN THINKING

"*Design Thinking* é a espinha dorsal de uma cultura de inovação centrada no ser humano" (SILVA, 2019). A palavra "*thinking*" significa pensamento, ou seja," é uma metodologia que de auxiliar pessoas e organizações a resolverem problemas complexos de forma inovadora por meio do compartilhamento de informações. O termo deriva do design e pode ser entendido como "pensar como o designer pensa" (BROWN, 2010).

DT foi entendido como um novo modelo de pensamento mais adequado para lidar com a complexidade do mundo atual no âmbito dos negócios, nas áreas de saúde,

educação e habitação (PINHEIRO, 2011). O pilar do *Design Thinking* é um modelo mental compartilhado e com foco em inovação, espírito corporativo criativo, transformando em oportunidades e otimização de custos , o DT deve atender cinco etapas**:** Imersão; Analise e Síntese; Idealização; Protipação e Validação/Implementação (JÚNIOR et al., 2020).

Magalhães (2007), o uso de ferramentas da qualidade no processo de gestão da enfermagem tem como viés compreender as ameaças e oportunidades do ambiente interno e externo, sendo a principal ferramenta para identificar pontos fortes e fracos de uma equipe ou empresa a matriz SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) que em português é chamada de FOFA (forças, oportunidades, fraquezas e ameaças) esta matriz é um dos mais importantes sistemas de informação destinados a apoiar as decisões de planejamento estratégico (Yanaze, 2011).

Mendes et al. (2016), A usabilidade da análise SWOT pelo enfermeiro do ponto de vista da implementação do planejamento estratégico relacionado à saúde, tem sua importância no ponto de vista na gestão da qualidade durante o processo de avaliação da atenção à saúde. A análise SWOT dispõe de orientações estratégicas inteligentes onde deve corrigir o erro e depois trabalhar as oportunidades identificadas na matriz. O potencial identificado na análise SWOT, permite elaborar um plano de ação utilizando como instrumento o 5W3H que é caracterizado pela língua Inglesa sendo o 5W representado como What (o que); Why (por que). Who (quem); When (quando); Where (onde), e 3H How (como); How much (quanto custa) e How mensure (como medir), essa ferramenta é fundamental na política nacional de segurança de pacientes atrela a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (DINIZ, 2019).

Stefano (2020), o plano de ação tem como objetivo orientar as ações assim como elementos necessários para sua execução. Para desenvolver um plano estratégico de gestão da qualidade é imprescindível o uso 5W3H, veremos abaixo o contexto do plano de ação. O 5W3H é usado como ferramenta da qualidade para a organização e análise das informações para posteriormente sua aplicabilidade. Tendo o conhecendo do ambiente organizacional pode-se trabalhar o planejamento para isso um dos métodos gerencial para controlar os processos organizacionais é o PDCA, que significa: planejar *(Plan),* executar *(Do),* verificar *(Check)* e atuar corretamente *(Action),* em cada fase existem atividades que devem ser promovidas de forma continua facilitando sua execução, reduzindo o desperdício de tempo e aumentando a produtividade. (DINIZ, 2019).

MARSHALL (2012), A filosofia de melhoria continua é chamada de PDCA, sendo dividida em quatro fases, o autor expões que é fundamental girar o ciclo do PDCA para se ater a previsibilidade dos processos. Outro mecanismo que deve ser utilizado para a elaboração do 5W3H é O *problem-based Learning* (PBL) que me português significa Aprendizagem Baseada em Problemas (BECKER; LINDINO; CORRÊA, 2019).

Espindola (2022), afirma que o planejamento é a organização sistemática dos objetivos a serem alcançado. Esses objetivos mapeam os gargalos e isso por meio de um dialogo em grupo intitulado de *briefing* (MUNHOZ, 2009). Após a realização do *briefing*. Stefano (2020) expõe que é possível identificar os itens da Matriz SWOT dessa forma permitindo a aplicação do plano de ação para MQ no processo de SST, desse modo se utilizar o *desing thinking* nas etapas a seguir:

Figura 2: Quadro, Elaborado pelo Autor (2023)

DESIGN THINKING NA ENFERMAGEM:PROMOÇÃO DA SEGURANÇA LABORAL		
Etapas do Design Thinking	Atividade	Objetivo
1 - Imersão	Briefing Reverso	Comunicar a equipe para identificar e documentaros problemas exixtentes.
2 - Análise e Síntese	SWOT	Identificarospontos fortes e fracos com a equipe para construir a matriz SWOT.
3 - Idealização	Briefing Criativo	Definir as ações prioritárias a serem realizar pela gestão.
4 - Prototipação	5W3H	Nessa fase as ideiasgeram um documento ofical em um plano de ação.
5 - Validação/Implementação	PDCA	Validar a aplicabilidade das ideias com as partes interessadas com o giro PDCA.

1ª – Imersão: Aproximar o objetivo fim com as partes interessadas, mapeamento as observações e adicionadas a Matriz SWOT para identificar oportunidades e ameaças.

2ª - Análise e Síntese: após o SWOT é realizado a consolidação das informações, elaborando um documento visual para identificar as atividades no 5W3H.

3ª – Idealização: Promover um *briefing* com o intuito de identificar as necessidades e perspectivas dos envolvidos no processo.

4ª - Prototipação: Nessa faze as ideias saem do papel sendo criado um protótipo, ou seja, tornar o produto ou serviço visível e viável para ser testado.

5ª - Validação/Implementação: Na última etapa se busca validar as ideias juntos as pessoas interessadas e encontrar os ajustes necessários, usando o PDCA

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo Revisão Narrativa da Literatura (RNL), que é um método que proporciona conhecimento e resultados de estudos na prática, com ampla abordagem metodológica incorporando conceitos, revisão de teorias, evidências e análise de problemas metodológicos (SOUZA, 2010).

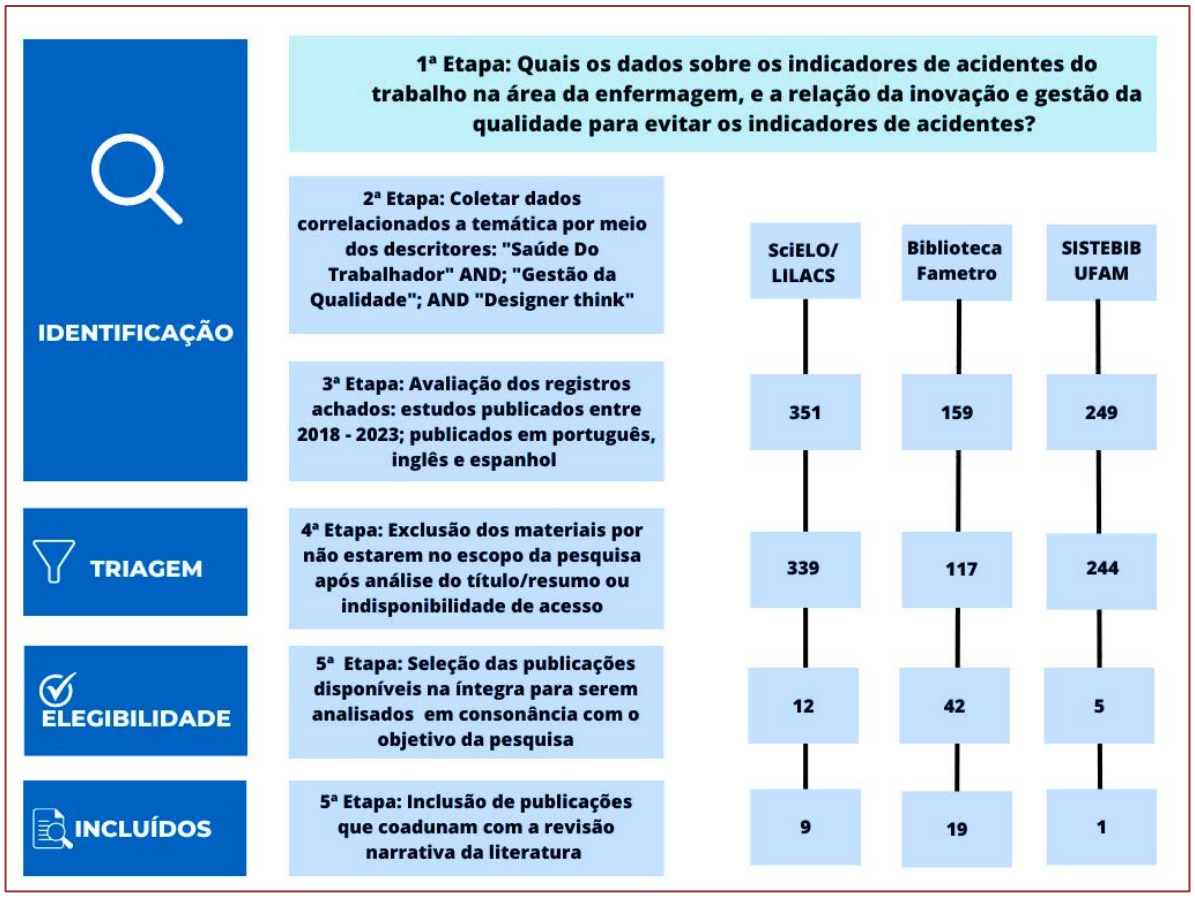
Para coleta de dados, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) mediantes os seguintes descritores: "Saúde do Trabalhador", "Acidente de Trabalho", “Gestão da Qualidade” e "*Desing Thinking*".

Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa e língua inglesa, publicados no período de 2019 a 2023, que tratam do tema pesquisado.

Critérios de inelegibilidade foram: Artigos com texto incompleto, resumos, monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado.

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade e inelegibilidade a partir dos com os títulos, posteriormente foi realizada a análise de resumos e finalmente os artigos foram lidos na integra, sendo elaborado um instrumento para a coleta de informações direto das bases de dados.

Figura 3: Fluxograma Prisma e seleção de artigos cientifico, Elaborado pelo Autor (2023)



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estratégia de pesquisa científica foi baseada nos seguintes Descritores de Ciências da Saúde indexados (DeCS): Saúde do Trabalhador, Acidente de Trabalho, Gestão da Qualidade, Desing Thinking. Com o propósito de aperfeiçoar a coleta de informações, sendo utilizado como ferramenta um quadro, salientando 10 publicações, conforme as informações no quadro 4 elencando os artigos selecionados: título, autor, ano de publicação, idioma, base de dados e resultados com a síntese das principais evidências.

Quadro 4: Artigos selecionados para revisão.

Nº	Dados	Título	Autor/ano/idioma	Resultados
1	SciELO	Inovando no pensar e no agir científico: o método de Design Thinking para a enfermagem	Eny Dórea Paiva; Margareth Santos Zanchetta; Camila Londoño (2020) português	A experiência permitiu a aquisição de conhecimentos além da Enfermagem, estimulando o pensamento crítico e fortalecendo a destemida capacidade de pensar e inovar na produção de conhecimento.
2	SciELO	Design Thinking na Reestruturação do Sistema de Avaliação de Disciplina em um Curso de Medicina	João Carlos de Souza Côrtes JúniorI; Maria Cristina Almeida de SouzaI; Marlon Mohamud VilagraI; Paula Pitta de Resende CôrtesI; Sandra Maria Barroso Werneck VilagraI; Patrícia Zen Tempski (2020) português	O DT aplicado ao campo da educação médica permitiu a reflexão sobre um processo inovador e a operacionalização dele na reestruturação da avaliação do conteúdo programático de uma disciplina no curso de graduação em Medicina.
3	SciELO	Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário	Hanne Alves Bakkea; Nelma Mirian Chagas de Araújob (2009) português	Esta pesquisa almejou estudar os registros de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de saúde em um hospital universitário, determinando as categorias profissionais com maiores índices de ocorrências e os setores mais críticos da organização.
4	SciELO	Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar	Leni de Lima SantanaI; Leila Maria Mansano SarquisI; Fernanda Moura D'Almeida MirandaI (2016) portugês	os resultados permitem a reflexão e redirecionamento das ações para a saúde dos trabalhadores, uma vez que o processo de adoecer é potencializado pela exposição às cargas psíquicas. Estes indicadores, quando monitorados, podem contribuir para a transformação do perfil de morbidade desses trabalhadores.
5	SciELO	Perfil de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente da Terapia Intensiva	Mendonça, Ana Elza Oliveira; Oliveira, Anna Vanessa Tavares; Neto, Vinicius Lino Souza Da Silva; Richardson Augusto Rosendo (2015) português	os profissionais de enfermagem estavam expostos a riscos ocupacionais, sendo o perfil dos acidentes relacionados a manipulação de materiais perfurantes e cortantes. Esses achados reforçam a necessidade e oferecem subsídios para que sejam implementados programas de capacitação voltados à equipe de enfermagem.
6	SciELO	Pluralidade do nexo causal em acidente de trabalho/doença ocupacional: estudo de base legal no Brasil	Lenz Alberto Alves Cabral; Zaida Aurora Sperli Geraldes Solera; Anneliese Domingues Wysock (2018) português	O uso correto da legislação facilita o estabelecimento do elo entre o acidente e o trabalho, auxiliando na sua compreensão, padronização, diminuição de conflitos e aumento da notificação.
7	LILAC	Riscos e circunstâncias de acidentes com material biológico com o trabalhador de enfermagem	karoline Oliveira da Silva Gonçalves; Ronilson Gonçalves Rocha; Luciana Guimarães Assad; Joyce Martins Arimatea Branco Tavares; Cristiano Bertolossi Marta (2019) português	Concluiu-se que os profissionais de enfermagem apresentam dificuldades de acesso ao serviço de notificação dos acidentes e quando essas ocorrem não há clareza quanto a atividade que se exercia.
8	LILAC	Acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos entre trabalhadores no norte de minas gerais	Micaela Santos Pereira; Fernanda Cardoso Rocha; Jannayne Lúcia Câmara Dias; Gregório Ribeiro de Andrade Neto; Álvaro Parrela Piris; Dina Luciana Batista Andrade. (2019) portugês	As causas dos acidentes mais comumente estão diretamente relacionadas com a maneira em executar as atividades no decorrer do trabalho, desencadeadas por ineficiência dos equipamentos de proteção individuais ou coletivos, percebe-se a fragilidade no cumprimento da norma regulamentadora

Os dados estatísticos do SIMOSTE e SINAN mostram que esses profissionais de enfermagem têm 1,5% a mais de risco de AT, desenvolvendo doenças devido à exposição a agentes químicos e biológicos (SOUZA, 2011). Com o intuito de prevenir esses acidentes e feito uma apropriação de intervenção por meio do *Design Thinking (DT)*, já que o mesmo tem como objeto central o ser humano, logo o método corrobora para redução da recorrência das notificações de acidentes. O DT usa da criatividade, inovação e estratégia

é o princípio, baseado no espírito corporativo e criativo no qual transforma problemas em aprendizagem (BECKER; LINDINO; CORRÊA, 2019).

O DT estimula o pensamento sistemático e não linear para resolver problemas de forma coletiva e cooperativa, com base na empatia entre os participantes do processo, usando a convergência de ideias de vários atores para encontrar soluções em diferentes situações, essa é uma características da inovação interdisciplinar em equipe multidisciplinar. Essa metodologia revolucionar a forma de encontrar soluções criativas para problemas, focadas em necessidades reais e não baseadas em pressupostos estatísticos, logo essa abordagem pode ser usada para redesenhar programas e moldar processos organizacionais (JÚNIOR et al., 2020).

Considerando o exposto, o objetivo do enfermeiro no controle de qualidade é melhorar a saúde e a qualidade na prática profissional. Para tanto, propõe-se a utilização do SWOT para entender os pontos fracos e o que precisa a ser melhorado na gestão, e estudá-los utilizando o Briefing. Após o mapeamento, é realizado um SWOT e teste no modelo 5W3H orientando todas as atividades e metas criativas e inovadoras para ver se essa estratégia é eficaz, a validação dessas ação são certificadas no PDCA (ALVES 2019)

É fundamental que o planejamento estratégico da gestão da qualidade envolva todos afim que eles compreendam a importância e se sintam parte do processo por isso no decorrer do trabalho frisamos o *Design Thinking*, ou seja, esse instrumento é fundamental para a continuação da humanizando no atendimento é criando alternativas inovadoras centralizadas no ser humano, essa ferramenta revoluciona o meio acadêmico e organizacional (PAIVA; ZANCHETTA; LONDOÑO , 2020)

Conforme discorrido ao longo do trabalho o risco de AT envolvendo material biológico é predominante nas CAT dentro da enfermagem, um estudos do curso de Mestrado em Saúde da Universidade Federal do Amazonas coadunou a efetividade do DT as políticas de biosegurança por meio do Protocolo de Cirurgia Segura dentro do Hospital Universitário Getulio Vargas e Adriano Jorge no qual a pratica do DT foi validade pela Direção, Diretoria de Pesquisa como eficiente na compreensão das metas uma vez que o DT envolve todos e os torna parte do processo, desse modo a metodologia viabiliza o cumprimento da Portaria do Ministério da Saúde nº 529/2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), é importante destacar que o DT é reconhecido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) (SILVA,2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações levantadas no estudo, os enfermeiros são agentes colaboradores no desenvolvimento de medidas de segurança para as equipes, ao lado de legislações institucionais como CIPA e SESMET, e essas medidas devem ser construídas de forma horizontal, com a participação de todos que compõem a equipe de enfermagem.

A cultura participativa e preventiva é reforçada por uma metodologia de *Design Thinking* baseada na experiência do usuário: todos os profissionais de saúde, mas principalmente a equipe de enfermagem. Essa cultura do Design Thinking é utilizada diariamente por instituições de tecnologia propondo análises SWOT e encontrando soluções inovadoras por meio de Briefing. É importante ressaltar que essa construção ocorre com a participação conjunta da direção, coordenação, gerência, enfermeiros, técnicos e administrativos, humanizando o objetivo de construir apropriação do processo e conscientizar para a redução dos índices de acidentes.

Para validar todo esse processo é fundamental a apropriação de ferramentas da qualidade como 5W3H, que ajuda a visualizar as medidas corretivas e o plano de ação para reduzir os acidentes no exercício da enfermagem e validar essas medidas coma o giro do PDCA, o trabalho se embasa em metodologias exigidas na auditoria da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Aplicar o design thinking à saúde e proporcionar melhor experiência e segurança aos usuários internos e externos das secretarias de saúde é uma iniciativa de baixo custo que estimula a conscientização e a participação de todos, reduzindo assim os índices de notificação de incidentes no trabalho em saúde. A organização deste trabalho demonstra que é possível combinar múltiplas teorias utilizadas nos campos da qualidade, marketing e gestão para a segurança do paciente e benefício de toda a equipe de enfermagem, pautada em valores humanitários e científicos.

REFERÊNCIAS

[1] ALMEIDA, Maria Paula. **Teoria da administração**: Compreender os aspectos gerais da administração. 3. ed. Recife: Telesapiens, 2021. 172 p. ISBN 978-65-5873-212-9.

[2] ALVES, Vera**. Gestão Da Qualidade: Ferramentas Que Contribuem Para O Gerenciamento Da Qualidade E Riscos Nos Serviços De Enfermagem**. 3. Ed. Rev. São Paulo: Martinari, 2019. 270 P. Isbn 978-85-8116-079-5.

[3] ASFÓRA, Marcela de Almeida Maia; CAVALHEIRO, Ruy Fernando Gomes Leme. **Saúde na Saúde: Manual de Atuação da Coordenadoria Nacional de Combate às Irregularidades Trabalhistas na Administra.** 2014. Disponível em: Acesso em: 20/11/2022.

[4] BAKKE, Hanne; ARAÚJO, Nelma Mirian. Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. **Produção**, [*s. l.*], v. 20, ed. 4, 2010. DOI https://doi.org/10.1590/S0103-65132010005000015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/prod/a/BF9Shyyhf7zx8Jzq7v8FcRf/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 nov. 2022.

[5] BECKER, Selmar; LINDINO, Cleber; CORRÊA, Terezinha. Ecossistemas comunicativos: Educomunicação e transgenia. 1. ed. Curitiba: Appris, 2019. 141 p. ISBN 978-85-473-3345-4.Casa Civil da Presidência da República. **LEI Nº 8.213 nº Art. 19, de 24 de junho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. [*S. l.*], 24 jun. 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp150.htm#art37. Acesso em: 11 maio 2023.

[6] BROWN, B. T.; WYATT, J. **Design Thinking for Social Innovation**. Stanford Social Innovation Review, v. Winter, n. Winter 2010, p. 30–35, 2010.

[7] CABRAL, Lenz; SOLER, Zaida; WYSOCKIB, Anneliese. Pluralidade do nexo causal em acidente de trabalho/ doença ocupacional: estudo de base legal no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [*s. l.*], v. 1, ed. 43, p. 1-8, 24 fev. 2017. DOI 10.1590/2317-6369000021516. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbso/a/YPtS3B3myX5KScw9J6W97Rr/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 11 maio 2023.

[8] DINIZ, José. **Empreendedorismo**: Aprendendo a construir a Matriz SWOT. 1. ed. Recife: Ser Educacional, 2019. 149 p. ISBN 978-65-81507-30-5.

[9] ESPINDOLA, Alexandre. **Felicidade do cliente**: uma viagem pelo mundo disney. 2. ed. [*S. l.*: *s. n.*], 2022. 217 p. ISBN 978-65-87264-45-5.

[10] FERREIRA , Lucas Gil. **A Importância Do Profissional De Engenharia De Segurança Do Trabalho Para A Prevenção De Acidentes**. 2020. Monografia (Engenharia De Segurança Do Trabalho) - Faculdade Três Marias, [S. L.], 2020. Disponível em: Https://Biblioteca.Educasystem.Com.Br/Repository/Tcc/Fa5132291fdb6e90c4351945bf3851a9.Pdf. Acesso em: 27 Out. 2022.

[11] GARCIA, Gustavo. **Acidentes do trabalho: doenças ocupacionais e nexo técnico epidemiológico**. 5. ed. atual. São Paulo: Método, 2013. 223 p. ISBN 978-85-390-4920-4.

[12] GEN NEGOCIOSEGESTA. **O que é PBL? Entenda o método de aprendizagem baseada em problemas.** [S. l.], 21 set. 2018. Disponível em: https://.com.br/o-que-e-pbl/. Acesso em: 20/11/2022.

[13] GONÇALVES, Karoline; ROCHA, Ronilson; ASSAD, Luciana; TAVARES, Joyce; BERTOLOSSI, Cristiano. Riscos e circunstâncias de acidentes com material biológico com o trabalhador de enfermagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [*s. l.*], v. 87, p. 1-8, 2019. DOI https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.195. Disponível em: https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/195/96. Acesso em: 11 maio 2023.

[14] GUIMARÃES, Helem; CORRÊA, Ana Paula; CAMARGO, Ana Júlia; UEHARA, Silvia Carla. Acidentes com Perfurocortantes entre Profissionais de Enfermagem: Scoping Review. **Revista Enfermagem Atual In Derme** , [*s. l.*], v. 96, ed. 38, p. 1-19, 2022. DOI https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1263 Rev Enferm Atual In Derme v. 96, n. 38, 2022 e-021231. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1379128. Acesso em: 11 maio 2023.

[15] JÚNIOR, João Carlos; SOUZA, Maria Cristina; VILAGRA, Marlon; CÔRTES, Paula Pitta; WERNECK, Sandra Maria; TEMPSKI, Patrícia. Design Thinking na Reestruturação do Sistema de Avaliação de Disciplina em um Curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** , [*s. l.*], 23 jul. 2020. DOI https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200125. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/vLTSrqXczd9tcst6k8wjKcR/?lang=pt#. Acesso em: 11 maio 2023.

[16] MACIEL, Dayanna. **Liderança e Desenvolvimento de Equipes**: A tomada de decisão e a gestão de equipes. 1. ed. Recife: Telesapiens, 2021. 256 p. ISBN 978-65-5873-069-9.

[17] MAGALHÃES, Marcos Felipe Sampaio. **Planejamento de Marketing**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

[18] MARSHALL JUNIOR, Isnard. **Gestão da qualidade e processos**. Rio de Janeiro: FGV Management Publicações, 2012.

[19] MATOS, Danielle; SILVA, Surellyson; LIMA, Carlos. Enfermagem Do Trabalho: Abordando Competências E Habilidades Para A Atuação Do Enfermeiro. **Temas Em Saúde**, João Pessoa, V. 17, Ed. 3, P. 204-216, 2017. Doi 2447-2131. Disponível Em: https://Temasemsaude.Com/Wp-Content/Uploads/2017/10/17314.Pdf. Acesso Em: 15 Nov. 2022.

[20] MENDES, Viviane; MANGABEIRA, Eloá; SANTOS, Ingredy; RODRIGUE, Ingrid; SOARES, Leniane; SILVA, Carla. Matriz Swot como ferramenta estratégica no gerenciamento da assistência de enfermagem: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** , [*s. l.*], v. 7, 3 set. 2016. DOI ISSN: 1982-4785. Disponível em: file:///C:/Users/luan.ferreira/Downloads/Dialnet-MatrizSWOTComoFerramentaEstrategicaNoGerenciamento-5658760.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

[21] MENDONÇA, Ana Elza; TAVARES, Anna Vanessa; NETO, Vinicius Lino; ROSENDO, Richardson Augusto. Perfil de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente da Terapia Intensiva. **Enfermagem Global**, [*s. l.*], 2015. DOI ISSN 1695-6141. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_administracion1.pdf. Acesso em: 11 maio 2023.

[22] MUNHOZ, Daniella Rosito Michelena. **Manual de Identidade Visual: guia para construção**. 1. Ed. Rio de Janeiro: 2AB, 2009.

[23] PACHECO L. Et Al. **Capacitação E Desenvolvimento De Pessoas**, 1ed. Rio De Janeiro Fgv, 2005, P.140 (Série Gestão De Pessoas).

[24] PAIVA, Eny; ZANCHETTA, Margareth; LONDOÑO , Camila. Inovando no pensar e no agir científico: o método de Design Thinking para a enfermagem. **Escola Anna Nery**, [*s. l.*], ed. 24, p. 1-6, 2020. DOI https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0304. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/gQZy88SLBn7mwXx9thzfMWb/?lang=pt. Acesso em: 11 maio 2023.

[25] PEDROTTI, I.A.; PEDROTTI, W.A. **Acidentes Do Trabalho**. 4ª. Ed. São Paulo: Leud. 2006.

[26] PEREIRA, Micaela; ROCHA, Fernanda; DIAS, Jannayne; NETO, Gregório; PIRIS, Álvaro; ANDRADE, Dina. Acidentes de Trabalho com Exposição a Materiais Biológicos entre Trabalhadores no Norte de Minas Gerais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [*s. l.*], v. 97, ed. 9017, p. 1-7, 2021. DOI DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9017. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9017/10192. Acesso em: 11 maio 2023.

[27] PERRY, Potter. **Fundamentos da Enfermagem**. 7. ed. atual. Rio de janeiro: Elsevier, 2009. 1480 p. v. 1. ISBN 978-85-352-2568-6.

[28] PINHEIRO, Tennyson. **Design Thinking Brasil: empatia, colaboração e experimentação para pessoas, negócios e sociedade**. Tennyson Pinheiro, Luis Alt em parceria com Felipe Pontes: prefácio de Kerry Bodine. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

[29] SANTANA, Leni; SARQUIS, Leila; MIRANDA, Fernanda; KALINKE, Luciana; FELLI, Vanda; MININELI, Vivian. Indicadores De Saúde Dos Trabalhadores Da Área Hospitalar. **Revista Brasileira De Enfermagem - Reben**, [*S. L.*], Ed. 1, P. 30-39, 2016. Doi 10.1590/0034-7167.2016690104i. Disponível Em: Https://Www.Scielo.Br/J/Reben/A/Qc9dbtwqzh4mfbnx8qrqrrw/?Lang=Pt. Acesso Em: 15 Nov. 2022.

[30] SILVA, Alex. **Programa de cirurgia segura: proposta para consolidar a implementação em dois hospitais públicos terciários em Manaus-AM**. Orientador: Ivan Tramujas. 2019. 77 p. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Faculdade de Medicina, Manaus, 2019. Disponível em: https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7369. Acesso em: 10 maio 2023.

[31] SOUZA, Alexandre Ferreli. **Gestão de Manutenção em Serviços de Saúde**. São Paulo: Blucher, 2011. 183 p.

[32] STEFANO, Nara. **Gestão da qualidade**: Ferramentas gerenciais e avançadas para o controle da qualidade. 1. ed. Recife: Ser Educacional, 2020. 196 p. ISBN 978-65-86073-44-7

[33] YANAZE, Mitsuru Higuchi, 1956- **Gestão de Marketing e Comunicação: avanços e aplicações** /Mitsuru Higuchi Yanaze; colaboradores Celso Toshito Matsuda ... [et al.]. – 2.ed. – São Paulo: Saraiva,2011.

CAPÍTULO 10

O uso de plantas medicinais e fitoterápicos como adjuvantes no tratamento oncológico: uma revisão integrativa

Luis Henrique Oliveira de Araújo[1], Paloma Cabral de Oliveira[2], Thais de Angiolis Pimenta[3], Graciana de Sousa Lopes[4]

1. INTRODUÇÃO

Câncer é o termo utilizado para designar a multiplicação acelerada e agressiva de células anormais, que podem disseminar-se para órgãos e tecidos adjacentes e manifestar-se malignamente de mais 100 formas diferentes. Estima-se para cada ano do triênio 2023-2025 o surgimento de 704 mil novos casos da doença no Brasil (INCA, 2023). Segundo Lopes-Júnior et al. (2020), dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam para o ano de 2030 uma incidência global de 27 milhões de casos de câncer e 17 milhões de óbitos, dentre os quais os países em desenvolvimento serão os mais afetados, caracterizando-se assim como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo.

Atualmente, a fitoterapia trata-se de uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal" (BRASIL, 2006). Correspondendo à maior biodiversidade existente nomundo e aliada à rica diversidade cultural e étnica do país, o Brasil detém um amplo leque de conhecimentos e tecnologias tradicionais que culminaram em um acúmulo de saberes a respeito do manejo e uso de plantas medicinais passados de geração a geração (BRASIL, 2016).

A utilização de plantas medicinais pode ser considerada como a primeira medida terapêuticano tratamento ao câncer, a partir de orientações do núcleo familiar, parentes e fitoterapeutas através do conhecimento empírico-tradicional. A população que adere a fitoterapia em sua maioria possui renda baixa e encontra-se na classe média-baixa, e utiliza do tratamento pelo fato da facilidade de obtenção dos fitoterápicos, baixo custo, e por ser natural, além da dificuldade de acesso a saúde e recursos para transporte a unidade especializada. No entanto, a deficiência na evidenciação científica dos benefícios das ervas, resulta no uso social sem prescrição de um profissional especialista (ROJAS, 2016).

Diante disso, o Ministério da Saúde avaliou a necessidade de implementar uma política pública para regularizar e implantar o uso de plantas medicinais e a fitoterapia como medida de promoção a saúde, prevenção e tratamento a doenças de forma segura e racional, sustentável a biodiversidade, que incentiva o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. O que consolida essas práticas no contexto do SUS através do Decreto Federal nº 5.813 (22/06/2006) a aprovação da Política e Programa

[1] Acadêmico de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: luishenriqueoliveira23@gmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: oliveirapaloma.cbl@gmail.com
[3] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: thaisangiolisp@gmail.com
[4] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), além da sua adição na classificação das Práticas Integrativas e Complementares a Saúde.

Em sua totalidade as Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) representam uma dasprincipais medidas adjuvantes para controle de sintomas, sendo inseridas em diversos centros detratamento e apresentando eficácia significativa (PEREIRA et al., 2014), através de abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio da escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com omeio ambiente e a sociedade legitimada através da Política Nacional de Práticas Integrativas eComplementares (PNPIC), aprovada em maio de 2006 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Contudo, referente à inserção da fitoterapia como parte do plano terapêutico do indivíduo emambiente hospitalar ainda é incipiente. Estima-se que o emprego das PIC's nos serviços de alta complexidade corresponde a apenas 4% do total ofertado pelo SUS em relação aos 78% utilizados naatenção básica (BRASIL, 2018), o que também repercute na baixa adesão de profissionais capacitadospara aplicar essas técnicas em especialidades como a oncologia. Com isso, torna-se pertinente suscitar mais debates para avaliar a eficácia da fitoterapia na atenção terciária em um país onde a variedade de biomas e climas favorecem a observação dessa prática integrativa e que igualmente detém um potencial para tornar-se referência internacional na área.

Assim, objetivo do estudo é descrever o uso de plantas medicinais e fitoterápicos como adjuvantes no tratamento oncológico encontrados na literatura. Simultaneamente, pretende-se investigar os principais benefícios da prática fitoterápica e analisar os seus efeitos quando associadaaos tratamentos antineoplásicos convencionais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS CONVENCIONAIS E SEUS EFEITOS ADVERSOS

A Terapia Antineoplásica (TA) é definida como o "conjunto de procedimentos terapêuticos medicamentosos aplicados ao paciente oncológico ou a quem deles necessitar" (BRASIL, 2004). Essas condutas são responsáveis por controlar o processo de disseminação patológico e podem variarde acordo com o tipo e estadiamento do câncer, seu comportamento biológico, características moleculares e a capacidade funcional de cada paciente, sendo necessário na maioria dos casos a combinação entre mobilidades (BRASIL, 2022).

A decisão pela melhor abordagem terapêutica tem papel fundamental no manejo da doença, dentre as quais destacam-se a quimioterapia, as ressecções cirúrgicas, a radioterapia e a hormonioterapia. Entretanto, apesar dos inúmeros avanços no desenvolvimento dessas intervenções e embora elas apresentem, na maioria dos casos, um nível satisfatório de eficácia na remoção e/ou ataque a células malignas, seus mecanismos de agressão estendem-se também às células saudáveis, provocando assim, uma cascata de reações adversas que levam o indivíduo ao sofrimento agudo ou crônico e que, por vezes, afetam a qualidade de vida do paciente oncológico (LOPES et al., 2016).

Os efeitos adversos resultantes dessas intervenções terapêuticas incluem sofrimentos físicos como dor, fadiga, ondas de calor, mucosite oral, náuseas e vômito e são

acompanhados muitas vezes de alterações corporais como alopecia, amputações de membros, linfedemas e outras reações cutâneas(SOARES et al., 2021; TURKE et al., 2019; RAPOSO, 2014; NESSIMIAN; GOMES, 2022;KAMEO et al., 2021).

Atrelado a esses impactos físicos e ao próprio diagnóstico da doença, surgem também uma série de repercussões a nível emocional e social, como ansiedade, depressão, diminuição da autoestima, sensação de isolamento, perda da autonomia e dos papéis sociais e os sentimentos derivados do estigma que o câncer ainda carrega enquanto sinônimo de morte, sofrimento, incapacidade, pavor, medo e desespero (FERREIRA et al., 2016; PEREIRA et al., 2020; PERDIGÃOet al., 2022).

Portanto, a utilização de métodos alternativos adjuvantes operam tanto no alívio de sintomase efeitos adversos do tratamento, quanto como recurso de enfrentamento psicológico, pois ajuda os pacientes a se sentirem mais no controle de sua situação e a manterem uma atitude de esperança diante de todas as adversidades que a doença oncológica pode resultar (CONTRERA; VENEGAS; SILVA,2020).

2.2. APLICAÇÕES TERAPÊUTICAS DA FITOTERAPIA

O uso de plantas medicinais remonta desde os tempos pré-históricos, sendo considerada a mais antiga prática terapêutica utilizada pelas civilizações, onde o homem sempre buscava na natureza recursos para tratamento de males e doenças para, assim, melhorar sua saúde e aumentar suas chances de sobrevivência (BRASIL, 2006). De acordo com Macedo (2019), a evolução desses conhecimentos empíricos ao longo dos séculos contribuiu para a origem dos chamados sistemas medicinais ou medicina popular, como a Medicina Tradicional Européia (TEM), Medicina Tradicional Chinesa (MTC), Ayurveda indiana, Kampo japonesa ou tradicional e Medicina Árabe e Islâmica (TAIM).

Observa-se nas últimas décadas um aumento exponencial na oferta e demanda de produtos fitoterápicos sintéticos, muito procurados pelos pacientes em farmácias e drogarias (CRF-SP, 2019).Muitos fatores têm contribuído para o aumento deste consumo, entre eles: os efeitos colaterais decorrentes do uso crônico dos medicamentos alopáticos; dificuldade no acesso à assistência de saúdepela população; maior acesso pelos usuários de baixa renda devido seu custo reduzido; a tendência ao uso da medicina integrativa e de abordagens holísticas dos conceitos de saúde e bem-estar (FERREIRA; CARVALHO; SANTANA, 2022; MONTEIRO; BRANDELLI, 2017).

Segundo a PNPIC, o acesso às plantas medicinais e fitoterápicos pela população deve ser realizada dentro das seguintes formas padronizadas: In natura (planta fresca), seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado ou fitoterápico industrializado (medicamento fitoterápico). Referente às diversas formas de apresentação farmacêuticas dessas substâncias estão: pó, tinturas, extratos, chás (dependendo da planta utilizada e dos seus componentes ativos, podem ser preparados por infusão, decocção ou maceração), óleos essenciais, xaropes, elixires, pomadas, géis, cremes, cápsulas, comprimidos, supositórios e óvulos, dentre outros (BRASIL, 2012).

Concernente à finalidade, atuam frequentemente como abordagens terapêuticas em diferentes contextos, como no tratamento de doenças crônicas, neurológicas, respiratórias, transtornos mentais,cicatrização de feridas e no alívio e prevenção de sintomas, através dos compostos metabólitos das plantas que exercem inúmeras interações de defesa contra agentes patogênicos e nocivos no organismo (VIEIRA;

MEDEIROS, 2019; PINTO; CAVALCANTE; LIMA, 2020; COSTA; SILVA,2022; MOURÃO et al., 2021; SILVA et al., 2020; SOUSA et al., 2021).

Entretanto, apesar da popularização do ditado “se é natural não faz mal”, é necessário que esteconsumo seja feito com cautela, considerando os mecanismos de ação e contraindicações de cada planta ou fitoterápico, visto que o uso indiscriminado de substâncias naturais podem aumentar os riscos de toxicidade, overdose e interações medicamentosas, além do desconhecimento ao identificar a planta levar à automedicação incorreta e contaminação por praguicidas. Diante disso, é imprescindível que o usuário informe o médico e os demais profissionais envolvidos no seutratamento a respeito do uso desses elementos, bem como o surgimento de possíveis reações adversas(SILVA et al., 2017).

3. METODOLOGIA

O delineamento do presente estudo foi traçado através do método exploratório, descritivo, do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que é um método que proporciona conhecimento eresultados de estudos na prática, com ampla abordagem metodológica incorporando conceitos, revisão de teorias, evidências e análise de problemas metodológicos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para coleta de dados, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), Index Medicus para o Pacífico Ocidental (WPRIM) e Pubmed Central (PMC). Os seguintes descritores foram utilizados para investigação do primeiro objetivo do estudo: “câncer”, “oncologia”, “fitoterapia” relacionados entre si respectivamente através dos operadores booleanos OR e AND. Similarmente, para o segundo objetivo, foram utilizados os seguintes descritores: “phytotherapy” AND “radiotherapy” e “fitoterapia” AND “quimioterapia combinada” AND “câncer”.

Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos publicados originalmente no período de 2018 a 2023 dos tipos revisão sistemática com metanálise e ensaio clínico randomizado controlado, disponibilizados gratuitamente em língua portuguesa e inglesa e nos quais as populações investigadas são maiores de 18 anos.

Critérios de inelegibilidade foram: Artigos com texto incompleto ou que não possuíam versão integral gratuita, publicações fora do recorte temporal definido, resumos, monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado e outros tipos de estudo científico que não foram selecionados para análise.

Após a filtragem dos resultados, procedeu-se à leitura de cada título e resumo e, posteriormente, à análise minuciosa dos artigos completos para seleção das publicações que respondiam a questão norteadora da pesquisa: “quais os impactos do uso de plantas medicinais e fitoterápicos como adjuvantes no tratamento oncológico?”

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas 391 amostras, das quais procedeu-se a aplicação dos filtros, resultando em um total de 21 artigos. Posteriormente, seguiu-se as etapas de leitura e análise dos artigos completos, onde foram selecionados 15 artigos, os quais estão sintetizados na tabela abaixo.

N	Título	Autor/ Ano/ Idioma	Base De Dados	Resultados
1	Eficácia e segurança da decocção da Buzhong Yiqi na melhora dafadiga relacionada ao câncer e imunidade de pacientes comcarcinoma cervical: um protocolo de ensaio controlado randomizado	Juan Hu et al, (2021) Inglês	Medline	A fadiga relacionada ao câncer é um sintoma prevalente no carcinoma cervical, e gera um prejuízo na qualidade devida do paciente. No entanto, o uso do fitoterápico da Buzhong Yiqi não apresentou resultados significativosdevido às limitações do teste, o que pode ter alterado a conclusão final do estudo.
2	Fitoterapia do LesteAsiático para dor oncológica.: um protocolo para revisão sistemática e meta-análise com ouso de análise de regras de associação para identificar o padrão central de ervas	Jo, Hee (2021) Inglês	Medline	A fitoterapia é um tipo de tratamento alternativo com açãono alívio da dor oncológica. Porém, a falta de evidências científicas e resultados abrangentes implicam na necessidade da busca por mais pesquisas que envolvam a eficácia e segurança da terapia.
3	Efeito da medicina chinesa oral combinada com a medicina ocidental na dor do câncer: uma meta-análise.	Wang, Chang, Feng(2021) Inglês	Medline	A combinação da medicina ocidental e da medicina chinesa oral é possível aliviar a dor do câncer, aumentar aduração de analgesia, assim reduzindo o uso de medicações analgésicas tradicionais e promovendo qualidade de vida ao paciente.
4	Eficácia e segurança da injeção deKanglaite combinada com quimioterapia para câncer colorretal: um protocolo para revisãosistemática e metanálise.	Mao, et al (2020) Inglês	Medline	A Kanglaite é uma medicação conhecida no tratamento emdiversos tipos de cânceres. Pelo fato de possuir ação antitumoral, bloqueando o ciclo celular e interrompendo odesenvolvimento do tumor, além de reduzir a resistência às medicações.
5	Medicina Tradicional Chinesa no tratamento da dor causadapelo câncer de próstata: uma revisão sistemática e meta-análise.	Wang et al, (2019) Inglês	Medline	Para o tratamento da dor em paciente com câncer depróstata, os analgésicos são utilizados em altas doses e deforma prolongada, desencadeando prejuízos sistêmicos noindivíduo. As medicações provindas da MTC apresentam cada vez mais evidências no manejo da dor.
6	Uma compressa quente de medicina chinesa (Wen Jing Zhi Tong Fang), combinada com o tratamento de escada analgésica de3 etapas da OMS para alívio da dordo câncer	Cai et al, (2018) Inglês	Medline	As aplicações de compressas quentes compostas por umacombinação de ervas nos pontos de dor promoveram o alívio, melhor qualidade de vida, e redução nas doses de analgésicos e assim prevenir o desenvolvimento de eventos adversos relacionados a opioides.
7	O efeito de uma injeção de óleo desemente de coix no alívio da dor docâncer.	Zhang et al, (2019) Inglês	Medline	O desfecho da aplicação do extrato de óleo da semente deCoix no grupo de tratamento indicou a redução da insônia,inapetência e constipação, podendo ainda ser utilizada na analgesia da dor oncológica, pois há poucos efeitos colaterais
8	Cannabis medicinal em pacientes com câncer: uma pesquisa de uma população oncológica de hematologia comunitária.	Macari et al,(2020) Inglês	Medline	O uso de cannabis medicinal de forma inalatória ou ingesta aliviou a dor, naúsea, insônia, ansiedade e gerou melhora do apetite e da tolerância ao tratamento, sendo o principal efeito adverso o pensamento nublado, além de não reduzir a aplicação de outros medicamentos.

4.1. O USO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS COMO ADJUVANTES NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Nos estudos, Juan Hu (2021) e Hee Jo (2021), afirmam que a fitoterapia é um ramo quecaminha para a fase inicial da evidenciação científica. Existem diversos fatores que são obstáculos na busca por resultados fiéis, o que causa uma conclusão incorreta sobre a ação real das plantas medicinais sobre as queixas dos pacientes oncológicos.

De acordo com Leal (2021), embora o desenvolvimento de políticas públicas que incentivema busca científica das propriedades e os benefícios de cada planta ainda há uma deficiência na comprovação dos benefícios das ervas medicinais. Com escassez em estudos sobre a aplicabilidade,prescrição, posologia, modo de preparo e indicações.

A medicina ocidental utiliza o tratamento padrão em pacientes oncológicos, com o uso de quimioterapia, radioterapia, analgésicos e cirurgias. Conforme Wang, Chang e Feng (2021), o uso concomitante da terapia alternativa da fitoterapia com a medicina tradicional potencializa a recuperação do estado do paciente com o alívio das dores e redução da dosagem de analgésicos.

A moderna medicina ocidental utiliza o conhecimento científico como base para tratar o paciente, reduzindo a doença a uma alteração fisiológica. No entanto, Luz (2012), afirma que existemoutros tipos de conhecimentos válidos, onde a medicina tradicional chinesa oferta terapias com plantas medicinais que apresentam resultados cada vez mais significativos nos tratamentos.

Embora haja a necessidade da busca por mais comprovações científicas, as plantas medicinais têm apresentado ação importante ao tratamento oncológico. De acordo com Mao (2020),a injeção de Kanglaite (KLT), um extrato da semente de *Coix lacryma-jobi L.*, é um medicamento fitoterápico tradicional chinês com potencial de combate ao câncer, devido a evidências de atividadesantitumorais, na qual não exclui o tratamento padrão e sim potencializa o tratamento quimioterápicoconcomitante.

A pesquisa de Zhao (2023), informa que o uso de Kanglaite pode interromper a progressão do ciclo de replicação celular através dos três principais alvos: CDK1, CDK2 e CHEK1, além da fase G2/M em células cancerígenas. Gera apoptose e assim inibe a proliferação dos genes cancerígenos. Em outro estudo ainda, Liu, Yu e Ding (2019), descrevem que o tratamento combinado de radioquimioterapia e injeção de KLT em câncer pancreático avançado diminuiu consideravelmente os marcadores moleculares CEA e CA199, além de ter promovido alívio de eventos adversos associados à terapia convencional.

A dor é um dos principais sintomas apresentados em pacientes oncológicos. Visando a possibilidade de morte, o manejo da dor é um dos principais focos para melhorar a qualidade de vidado paciente. Wang (2019) e Cai (2018), afirmam que as ervas fitoterápicas com ação analgésica são alternativas terapêuticas que devem ser investidas pelos benefícios na redução da dor oncológica e assim redução do uso de analgésicos, pois as doses terapêuticas aplicadas dos analgésicos estão muito próximas do valor tóxico, o que pode resultar em danos ao paciente a longo prazo.

A dor oncológica está presente desde a fase inicial do câncer com estimativa de 35-45% até o estágio avançado de 70% o que interfere na independência e conforto do paciente. A medida comumaplicada na redução da dor são os analgésicos, que são divididos em três níveis (não opiodes, opiodesfracos e opiodes fortes). Costa (2007), informa os efeitos secundários que podem resultar são náusease vomitos, obstipação, secura da boca,

sedação e tolerância, depressão respiratória, alterações cognitivas (alucinações, ideias delirantes), hiperalgesia, mioclonias, dispepsia e prurido.

A aplicação do óleo da semente de Coix *(Coix lacryma-jobi L.)*, segundo Zhang (2019), pode ser considerada uma medicação alternativa na redução da sintomatologia oncológica. Assim é possível reduzir a quantidade de remédios administrados durante o tratamento por meio da oferta deCoix, uma fórmula sintetizada de forma natural com eficácia e segurança comprovados.

A planta de Coix pode ser usada em suas quatro formas: casca de Coix, casca da semente, opó macerado e semente branca polida. Conforme Chiang (2022), as amostras de Coix mostraram efeitos antiproliferativos nas células MCF-7, TE-Ea, ABE-Ea e ABE-Wa, e AHE e ATE todas as subfrações tiveram efeitos significativos de redução do crescimento.

A Cannabis *(Cannabis sativa)* é um tipo de erva com diversas propriedades benéficas ao paciente. Macari (2020), informa em seu estudo que ela possibilita o melhor enfrentamento à doençae do seu tratamento devido a diminuição dos efeitos adversos e da dor oncológica, sendo ainda necessária a redução dos efeitos colaterais adquiridos durante o uso.

Os componentes da Cannabis anandamida e 2-araquidonilglicerol (2AG), bem como fitocanabinóides: delta-9-THC (tetrahidrocanabinol) e canabidiol (CBD) são os principais referentesao manejo da dor, com receptores localizados no sistema nervoso central e periférico. Com isso Guia(2019), relata que a falta de aprovação do uso da Cannabis pode interferir no tratamento que a erva pode ofertar na redução da intensidade de dor significativamente.

4.2. EFEITOS DA PRÁTICA FITOTERÁPICA ASSOCIADA AOS TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS CONVENCIONAIS

Com base no estudo de Deldar (2021), os componentes derivados de plantas medicinais possuem mecanismos de tratamento ao câncer. Quando combinada com a quimioterapia, pode ampliar e melhorar a resposta do paciente ao tratamento. Pois, tem a capacidade de potencializar a supressão de células cancerígenas e ressensibilizá-las a quimioterapia.

O estudo de Tronina (2023), utiliza-se de flavonoides no combate ao câncer, através da inibição das seguintes linhagens celulares, (MCF-7, SK-BR-3, T47D), próstata (PC-3, Du145), cólon (HT-29, LoVo, LoVoDx), pulmão (A549) e leucemia (MV-4-11). Esses componentes possuem açãoseletiva o que difere da quimioterapia (cisplatina), que age nas células cancerígenas e nas saudáveis.Dessa forma, os flavonoides potencializam a atividade antiproliferativa do tumor mesmo que deforma inferior a quimioterapia. Mobili (2023) ainda explica que cinco derivados da flavona foram capazes de interromper o ciclo celular na fase G2/M, estimular a apoptose nas células humanas de câncer de pulmão de células não pequenas (NSCLC), o que indica ação seletiva no controle do câncer.

A associação dos três componentes fitoterápicos: piperina, sulforafano e timoquinona com as terapias convencionais utilizadas no combate ao câncer apresentam uma melhor resposta quando comparadas sem a fitoterapia. Pois, além da ação anticancerígena, Aumeeruddy (2019) conclui que é possível reduzir a dosagem e

aumentar o tempo de aplicação das terapias, o que indica menos exposição e redução dos efeitos adversos.

A curcumina, principal substância ativa extraída da cúrcuma (*Curcuma longa L.*), age de forma sinérgica com a quimioterapia devido a supressão da proliferação do câncer e controle metastático. Younes (2022), relata a capacidade da curcumina de reduzir os efeitos adversos causados pela toxicidade da quimioterapia e sensibilizar as células resistentes à quimioterapia para melhorar aresposta antitumoral.

Conforme relata Sultana (2021), O fitoconstituinte curcumina é um dos agentes capazes de inibir NF-κB, componente central de sobrevivência do câncer, devido à inibição nuclear e citoplasmática da IκB-β quinase (IKKβ). Além do potencial quimiossensibilizante e intensificação daradioterapia aplicada.

A cápsula Shenyi é um fitoterápico anticancerígeno chinês, composta pelo extrato da raiz de ginseng *(Panax ginseng),* denominado ginsenoside Rg3, uma cadeia de glicosídeos esteroidais. Segundo Guo et al. (2018), o efeito da associação do tratamento quimioterápico com a cápsula Shenyi não contribuiu para o aumento dos efeitos colaterais da quimioterapia, mas que poderia aumentar a eficácia de curto prazo dos fármacos quimioterápicos, melhorar a qualidade de vida e a taxa de sobrevida em comparação com a quimioterapia isolada.

Em uma revisão sistemática semelhante, os autores Peng, Wu e Yi (2021), observaram queessa associação resultou na melhoria de evidências em biomarcadores de taxas de resposta objetiva, taxa de controle da doença, pontuação na escala Karnofsky de desempenho e taxa de sobrevida de um a dois anos, além de contribuir para o ganho de peso dos pacientes e redução de reações adversas gastrointestinais associadas à quimioterapia sistêmica isolada. Tang et al. (2018), evidenciou ainda que o que ginsenoside Rg3 exerce um papel de prejudicar a angiogênese em tumores, inibindo ocrescimento e migração de células endoteliais venosas, além de fortalecer o mecanismo de ação citotóxico da oxaliplatina in vivo e do 5-fluorouracil (5-Fu), demonstrando ser um importante adjuvante no tratamento quimioterápico.

Dentre os principais polifenólicos do chá verde, originado a partir da infusão da planta *Camellia sinensis*, encontra-se as catequinas, grupo do galato de epigalocatequina (EGCG), que, de acordo com Negri et al. (2018), exerce efeitos anticancerígenos através da ativação/inibição de váriasvias de sinalização, a maioria das quais são desencadeadas pela interação direta entre o EGCG e alguns receptores, enzimas e proteínas específicas, como a PIN1, a 67LR e a TGFR-II, interferindo assim em inúmeras funções das células cancerígenas, como crescimento, disseminação, incluindo metástase, apoptose, diferenciação e migração.

Ventura et al. (2023), reafirma em sua pesquisa que os polifenóis, incluindo o componente EGCG, também podem influenciar outras oncoproteínas, como a BCL-2 ou Bcr-Abl, BAX, metaloproteínases da matriz (MMP-2 e MMP-9), receptor de andrógeno, receptor de EGF (fator de crescimento epidérmico), proteínas ativadoras-1 (AP-1) e alguns reguladores do ciclo celular, interferindo assim na progressão tumoral e redução da morbidade quando associado à quimioterapia. Refere ainda o potencial de quimioprevenção do EGCC, sendo capaz de induzir a despolarização mitocondrial e a apoptose de células malignas.

O Goshajinkigan (TJ-107), é um fitoterápico japonês constituído de 10 ervas medicinais e no qual um de seus ingredientes ativos, a raiz de acônito *(Aconitum napellus)*

desintoxicado, possui propriedades analgésicas. Aoyama et al. (2021), avaliou que a eficácia do TJ-107 na redução de neuropatia periférica induzida pela oxaliplatina foi inconclusiva, apesar de estudos prévios relatarem que o mesmo exerce um efeito neuroprotetor, operando na liberação de dinorfina e ativação de receptores κ-opióides endógenos para melhorar a dormência ou parestesia, diminuindo a liberação deproteínas e receptores sensoriais associados à ativação de nociceptores de fibra C e promovendo a produção de óxido nítrico para melhorar o suprimento sanguíneo para os nervos.

Yoshida et al. (2013), observou que a administração de Goshajinkigan resultou na prevençãode neuropatia periférica grau III após quatro semanas ou mais de uso, nas quais indivíduos em tratamento de câncer colorretal que receberam a terapia por no mínimo três semanas relataram efeitocurativo, eficaz e estabilizador, o que aponta que o TJ-107 pode reduzir a duração da neuropatia periférica contínua em dois até três meses após a quimioterapia à base de oxaliplatina, dependendo das condições clínicas do paciente. Ademais, não houve diferenças significativas em relação aos eventos adversos graves e à resposta tumoral do tratamento quimioterápico, havendo a necessidade de mais estudos experimentais que avaliem a aplicabilidade do Goshajinkigan.

O estudo de Lingxia et al (2021), observa que a administração via oral de Xiaoliu concomitante a quimioterapia de perfusão térmica intraperitoneal durante 3 ciclos, resultaram na estabilização da doença e regulação do estado geral do paciente, reduziu os efeitos adversos causados pelo quimioterápico, com manutenção da células imunes e diminuição do nível do MIR (umbiomarcador do câncer colorretal). Ofertando qualidade de vida e aumento do tempo de sobrevida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos demonstra ser um importante aliado no tratamento curativo do câncer, que, como adjuvantes, intervém no alívio da sintomatologia da doença e de vários eventos adversos que acompanham o método terapêutico convencional, devido seus ativos antioxidantes, analgésicos, anti-inflamatórios, antineoplásicos, entre outros. Além disso, apresentam propriedades capazes de atuar à nível celular no organismo, interagindo com receptores e enzimas que participam ativamente do processo de oncogênese, inibindoa disseminação de células cancerígenas, induzindo-as ao processo de apoptose, melhorando os resultados de marcadores tumorais e restaurando a sensibilidade dessas células às múltiplas drogas quimioterápicas, aumentando, assim, a eficácia do tratamento e reduzindo o tempo de exposição a essas terapias, o que proporciona a promoção de mais qualidade de vida ao indivíduo com câncer.

No entanto, são necessários mais estudos no campo da farmacovigilância que atestem o uso racional e sob os critérios de segurança, eficácia e qualidade da fitoterapia na assistência de alta complexidade, onde o resgate do conhecimento popular tradicional aliado aos avanços tecnológicos possa promover um cuidado integral e centrado no paciente com câncer e contribuir para a luz da comunidade científica e para a geração de futuros subsídios, a fim de que a fitoterapia adquira mais espaço no ambiente hospitalar como adjuvante no tratamento antineoplásico.

REFERÊNCIAS

[1] INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Introdução**. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/introducao>.

[2] INCA - Instituto Nacional do Câncer. **INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025**. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate- 2025>.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de bases técnicas da oncologia - SIA/SUS Sistema de InformaçõesAmbulatoriais**. Brasília, 30 ed., 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual_oncologia_30a_edicao_agosto_2022_25_08_2022_-_26-08-2022.pdf>.

[4] LOPES-JÚNIOR, L. C. et al. **Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliativecare: A systematic review**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RPtPpNcgJy37RC8mdxtVysP/>.

[5] PEREIRA, Raphael Dias de Mello et al. **Práticas integrativas e complementares de saúde: revisão integrativa sobremedidas não farmacológicas à dor oncológica**. Rev. Enferm. UFPE on line, Recife, v. 9, n. 2, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10391>.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS:atitude de ampliação de acesso**. Brasília, 2 ed., 2015. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4Ng==>.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 971, de 3 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, 2016.Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_programa_nacional_plantas_medicinais_fitoterapicos.pdf>.

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 31: Práticas Integrativas e Complementares.** Brasília,2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf>.

[10] BRASIL. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006.** Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>.

[11] BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS. **Práticas integrativas auxiliamno tratamento contra o câncer: Os cuidados complementares buscam melhorar a qualidade de vida do paciente durante a quimioterapia**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2893>.

[12] LOPES, Aline Bonanato et al. **Fatores modificadores da qualidade de vida em pacientes oncológicos em tratamentoquimioterápico**. Rev. Med. Minas Gerais, Minas Gerais, v. 26, 2016. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1961>.

[13] TURKE, Karine Corcione et al. **Manejo de alopecia no paciente em tratamento oncológico**. ABCS Health Sciences, v. 44, n. 3, 20 dez. 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1047756/44abcs209.pdf>.

[14] RAPOSO, Bárbara Soares et al. **Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia equimioterapia em pacientes com câncer**. Rev. bras. odontol., v. 71, n. 1, p. 35, 24 nov. 2014. Disponível em:<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v71n1/a07v71n1.pdf>.

[15] NESSIMIAN, Betina Carnevale; GOMES, Rosilene Souza. **Aspectos Psicológicos do Fenômeno do Membro Fantasma em Pacientes Oncológicos Submetidos à Cirurgia de Amputação: revisão**

integrativa da literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 68, n. 1, 11 mar. 2022. Disponível em:<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1371027/art20_parapublicar.pdf>.

[16] KAMEO, Simone Yuriko et al. **Alterações Dermatológicas Associadas ao Tratamento Oncológico de Mulheres comCâncer de Mama**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 67, n. 2, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223054/document-22.pdf>.

[17] FERREIRA, Andreia Silva et al. **Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação deVariáveis Predisponentes**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 62, n. 4, p. 321–328, 2016. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/159/88>.

[18] PEREIRA, Antonio Augusto Claudio et al. **Avaliação da Qualidade de Vida e Prevalência de Sintomas Depressivos em Pacientes Oncológicos Submetidos à Radioterapia**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 66, n. 1, 1 abr. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1094999/avaliacao-da-qualidade-de-vida-e-prevalencia-de- sintomas-depre_PtBVhHP.pdf>.

[19] PERDIGÃO, Marcela Maria de Melo et al. **Distress em Pacientes Oncológicos no Brasil: revisão integrativa daliteratura**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 68, n. 3, 15 set. 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/01/1412266/art18_68-3.pdf>.

[20] CONTRERA, Sophia Herrera; VENEGAS, Maritza Espinoza; SILVA, Julia Huaquian. **Experiência de pessoas comcâncer que realizam terapia complementar: revisão integrativa**. Cienc. enferm., v. 26, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532020000010030>

[21] MACEDO, Wanderson de Lima Rodrigues. **Uso da fitoterapia no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis:revisão integrativa**. Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, 10 abr. 2019. Disponível em <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/42/39>.

[22] Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF/SP. **Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. 4 ed. São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo,2019. Disponível em: <https://www.crfsp.org.br/images/cartilhas/PlantasMedicinais.pdf>.

[23] FERREIRA, Ewerton Elivaldo; CARVALHO, Evellin dos Santos; SANT´ANNA, Carla de Castro. **A importância do uso de fitoterápicos como prática alternativa ou complementar na atenção básica: revisão da literatura**. Research,Society and Development, v. 11, n. 1, p. e44611124643, 11 jan. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24643/22058>.

[24] MONTEIRO, Siomara da Cruz; BRANDELLI, Clara Lia Costa. **Farmacobotânica: aspectos teóricos e aplicação**. 1 ed.Rio Grande do Sul: Artmed, 2017. Disponível em <https://statics-submarino.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/28283344.pdf>.

[25] VIERA, Adna Rosanny dos Reis; MEDEIROS, Priscilla Ramos Mortate da Silva. **A utilização de fitoterápicos no tratamento da obesidade**. Rev Cient Esc Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago", 7 maio 2019. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/111/128>.

[26] PINTO, Evanilson Gomes; CAVALCANTE, Felipe Sant'Anna; LIMA, Renato Abreu. **A fitoterapia no tratamento depele: um estudo bibliográfico**. Biodiversidade, v. 19, n. 3, 26 jul. 2020. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/biodiversidade/article/view/10827>.

[27] COSTA, Suzane C.; SILVA, Isabel C. V. da. **O uso de fitoterápicos aliados para o tratamento do Alzheimer**. Revistada Faculdade de Medicina de Teresópolis, v. 6, n. 1, 30 ago. 2022. Disponível em:<https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/faculdadedemedicinadeteresopolis/article/view/2663/1184>.

[28] MOURÃO, Penina Sousa et al. **Plantas medicinais utilizadas no tratamento de doenças respiratórias crônicas:Período de 2010 a 2020**. Research, Society and Development, v. 10, n. 8, 12 jul. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17179/15511>.

[29] SILVA, Eliane Lopes Pereira da et al. **Avaliação do perfil de produção de fitoterápicos para o tratamento de ansiedade e depressão pelas indústrias farmacêuticas brasileira**s. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 1, p. 3119–3135, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/6253/5544>.

[30] SOUSA, Thallysson Jose Dourado et al. **Fitoterapia para o tratamento da diabetes: um estudo do potencialhipoglicemiante de plantas** | Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 11, 12 nov. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8874/5596>.

[31] SILVA, Natália Cristina de Sousa et al. **A utilização de plantas medicinais e fitoterápicos em prol da saúde**. ÚnicaCadernos Acadêmicos, v. 3, n. 3, 2017. Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/56/50>.

[32] HU, Juan et al. **Eficácia e segurança da decocção Buzhong Yiqi na melhora da fadiga relacionada ao câncer e imunidade de pacientes com carcinoma cervica**l. Medicine (Baltimore). 2021 Dec 10;100(49):e27938. doi: 10.1097/MD.0000000000027938. PMID: 34889240; PMCID: PMC8663906. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8663906/>.

[33] JO, Hee-Geun et al. **Fitoterapia do Leste Asiático para dor oncológica: Um protocolo para revisão sistemática e meta-análise com o uso de análise de regras de associação para identificar o padrão central de ervas.** Medicine 100(45):p e27699, 12 de novembro de 2021. | DOI: 10.1097/MD.0000000000027699. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35111066/>.

[34] LEAL, Carina Maria Dalmonech Loterio et al. **O uso de fitoterápicos no tratamento do diabetes mellitus: uma revisãoda literatura**. Revista Baiana de Saúde Pública. V. 45, n. 4, p. 153-167 out./dez. 2021. DOI: 10.22278/2318- 2660.2021.v45.n4.a3351. Disponível em: <O uso de fitoterápicos no tratamento do diabetes mellitus: uma revisão da literatura>.

[35] WANG, Yao-Han.; CHANG, Jin-Yuan; FENG, Li. Efeito da medicina chinesa oral combinada com a medicina ocidental na dor do câncer: uma meta-análise. Queixo. J. Integr. Med. 27 , 713–720 (2021). https://doi.org/10.1007/s11655-020-3423-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32820454/>.

[36] LUZ, Madel Therezinha. **Estudo comparativo das racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica**. Saúde em novo paradigma, v. 1, p. 151-175, 2012.

[37] MAO, Weili et al. **Eficácia e segurança da injeção de Kanglaite combinada com quimioterapia para câncercolorretal: Um protocolo para revisão sistemática e metanálise.** DOI: 10.1097/MD.0000000000022357. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32991451/> Medicine 99(39):p e22357, 25 de setembro de 2020.

[38] WANG, Ning et al. **Medicina Tradicional Chinesa no Tratamento da Dor Causada pelo Câncer de Próstata: Uma Revisão Sistemática e Metanálise.** Medicine 98(44):p e17624, novembro de 2019. | DOI: 10.1097/MD.0000000000017624. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31689770/>.

[39] CAI, Peiling et al. **Uma compressa quente de medicina chinesa (Wen Jing Zhi Tong Fang), combinada com o tratamento de escada analgésica de 3 etapas da OMS para alívio da dor do câncer: Um estudo randomizado comparativo.** Medicine 97(11):p e9965, março de 2018. | DOI: 10.1097/MD.0000000000009965. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29538220/>.

[40] LIU, Jianling; YU, Lingbo, DING, Wei. **Eficácia e segurança da injeção de Kanglaite combinada com radioquimioterapia no tratamento do câncer pancreático avançado**. Medicine (Baltimore). 2019 Aug;98(32):e16656.doi: 10.1097/MD.0000000000016656. PMID: 31393364; PMCID: PMC6709199. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6709199/#R10>.

[41] GUO, Xiu-Wei et al. **Cápsula Shenyi mais quimioterapia versus quimioterapia para câncer de pulmão de células não pequenas: Uma revisão sistemática de meta-análises sobrepostas**. Chin J Integr Med. 2018 Mar;24(3):227-231. doi: 10.1007/s11655-017-2951-5. Epub 2017 Oct 18. PMID: 29043599. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29043599/>.

[42] PENG, Ze; WU, Wen Wen; YI, Ping. **A eficácia do Ginsenoside Rg3 combinado com a quimioterapia de primeira linha no tratamento do câncer avançado de pulmão de células não pequenas na China: uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados**. Front Pharmacol. 2021 Mar 18;11:630825. doi: 10.3389/fphar.2020.630825. PMID: 33815097; PMCID: PMC8012535. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8012535/>.

[43] TANG, Yu-Chen et al. **Ginsenoside Rg3 tem como alvo as células-tronco do câncer e a angiogênese do tumor parainibir a progressão do câncer colorretal in vivo**. International Journal of Oncology 52, no. 1 (2018): 127-138. https://doi.org/10.3892/ijo.2017.4183. Disponível em: <https://www.spandidos-publications.com/ijo/52/1/127>.

[44] NEGRI, Aide et al. **Alvos moleculares de epigalocatequina-galato (EGCG): um foco especial na transdução de sinale câncer**. Nutrients. 2018 Dec 6;10(12):1936. doi: 10.3390/nu10121936. PMID: 30563268; PMCID: PMC6315581. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30563268/>.

[45] VENTURA, Caroline et al. **Câncer de próstata e plantas medicinais: uma alternativa terapêutica**. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, *[S. l.]*, v. 4, n. 2, p. e422647, 2023. DOI: 10.47820/recima21.v4i2.2647. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/2647>.

[46] LI, Lingxia et al. **Efeito de Xiaoyutang combinado com quimioterapia de perfusão de calor intraperitoneal na função imunológica, mir circulante, prognóstico e sobrevida de pacientes pós-operatórios com câncer colorretal**. Comput Math Methods Med. 2021 Dec 14;2021:1619809. doi: 10.1155/2021/1619809. PMID: 34950221; PMCID:PMC8691972. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34950221/>.

[47] AOYAMA, Toru et al. **Efeitos de Goshajinkigan (TJ-107) para neurotoxicidade periférica induzida por oxaliplatinausando a avaliação funcional do questionário de neurotoxicidade de 12 itens do grupo de terapia de câncer/oncologia ginecológica em um estudo de Fase II, multicêntrico, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo**. J Cancer Res Ther. 2021 Oct-Dec;17(6):1473-1478. doi: 10.4103/jcrt.JCRT_1123_19. PMID: 34916380. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34916380/>.

[48] YOSHIDA, Naohisa et al. **Eficácia de Goshajinkigan para neuropatia periférica induzida por oxaliplatina em Pacientes com Câncer Colorretal**, *Journal of Oncology*, 2013. DOI: https://doi.org/10.1155/2013/139740. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jo/2013/139740/>.

[49] CHIANG YF, Chung CP, Lin JH, Chiang W, Chen HY, Ali M, Shih YH, Wang KL, Huang TC, Chang HY, Lin LC, Shieh TM, Hsia SM. Semente de Adlay (Coix lacryma-jobi L. var. Ma-yuen Stapf.) **Frações e subfrações do extrato etanólico induzem parada do ciclo celular e apoptose em linhagens celulares de câncer de mama e colo do útero.** *Moléculas*. 2022; 27(13):3984. https://doi.org/10.3390/molecules27133984.

[50] GALZERANO Guida, J., Orellana Navone, CC, Rios Perez, MD, Coitino Gonzalez, AL, & Velazquez Ramos, PM (2019). **Cannabis medicinal como recurso terapêutico: estudo preliminar**. Revista Médica do Uruguai, *35* (4), 113- 137.

[51] MOBBILI, Giovanna, Brenda Romaldi, Giulia Sabbatini, Adolfo Amici, Massimo Marcaccio, Roberta Galeazzi, Emiliano Laudadio, Tatiana Armeni e Cristina Minnelli. 2023. **"Identification of Flavone Derivative Displaying a 4'- Aminophenoxy Moiety as Potencial Selective Anticancer Agent in NSCLC Tumor Cells"** Molecules 28, no. 7: 3239.https://doi.org/10.3390/molecules28073239.

[52] TRONINA, Tomasz, Agnieszka Bartmańska, Jarosław Popłoński, Magdalena Rychlicka, Sandra Sordon, Beata Filip- Psurska, Magdalena Milczarek, Joanna Wietrzyk e Ewa Huszcza. 2023. **"Prenylated Flavonoids with Selective Toxicity against Human Cancers"** International Journal of Molecular Sciences 24, no. 8: 7408. https://doi.org/10.3390/ijms24087408.

[53] YOUNES M, MARDIROSSIAN R, Rizk L, FAZLIAN T, KHAIRALLAH JP, SLEIMAN C, NAIM HY, RIZK S. **Os efeitos sinérgicos da curcumina e drogas quimioterápicas na inibição de vias metastáticas, invasivas e proliferativas.** Plantas. 2022; 11(16):2137. https://doi.org/10.3390/plants11162137.

[54] SABIRA Sultana, NAVEED Munir, ZAHED MAHMOOD, MUHAMMAD Riaz, MUHAMMAD Akram, MAKSIM

[55] Rebezov, Nazira Kuderinova, Zhanar Moldabayeva, Mohammad Ali Shariati, Abdur Rauf, Kannan R.R. Rengasamy. **Molecular targets for the management of cancer using Curcuma longa Linn. phytoconstituents**: A Review, Biomedicine & Pharmacotherapy, Volume 135, 2021, 111078, ISSN 0753-3322, https://doi.org/10.1016/j.biopha.2020.111078. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0753332220312713).

CAPÍTULO

11

Novas tecnologias no tratamento oncológico

Adriane da Silva Bentes[1], Devanir Neves Pinto Amorim[2], Graciana de Sousa Lopes[3]

1. INTRODUÇÃO

O termo câncer refere-se a uma doença que pode ser subdividida em mais de 100 classificações diferentes, tendo seu mecanismo através do crescimento desordenado celular, as quais atuam invadindo os órgãos e sistemas diferentes corporais. Por meio de sua divisão, essas células modificadas costumam ser agressivas e ingovernáveis, agindo diretamente na formação de tumorações que podem fazer metástase em qualquer outra região corporal (INCA, 2022).

É citado por Silva et al. (2022), que a diversidade oncológica se dá devido a diferenciação celular do organismo humano, sendo denominados carcinomas quando se originam em tecidos de propriedade epitelial, como na pele ou nas mucosas. São denominados sarcomas quando se originam dos tecidos conjuntivos, que dão origem a estruturas como ossos, cartilagens e sistema muscular. A diversidade oncológica é determinada pela velocidade em que as células se multiplicam e percorrem o corpo humano, sendo o processo metastático.

Vale ainda frisar que o câncer é um dos principais problemas relacionados a saúde pública na atualidade, de viés mundial, sendo concebido a este a classificação entre as quatro causalidades de morte antes dos setenta anos de idade, ou também conhecida como morte prematura, na maioria dos países. Isso se dá devido sua elevada morbimortalidade a nível mundial, tendo como fator relacionado o processo de envelhecimento, o aumento populacional, bem como as alterações distributivas prevalentes, estando ainda relacionados aos fatores socioeconômicos (BRAY *et al.*, 2018).

Em um levantamento a nível mundial realizado no ano de 2018, foi evidenciado uma incidência de 18 milhões de casos de câncer, e a partir disso, 9,6 milhões de casos de óbitos. Dentre esses casos, o câncer pulmonar foi tido como o de maior incidência com cerca de 2,1 milhões de casos, estando logo atras o câncer de mama com cerca de 2 milhões de casos, cólon e reto com 1,8 milhões de casos, e prostático com 1,3 milhões de casos a nível mundial. Quando relacionado a sexo, os homens são mais afetados com doenças oncológicas, estando em cerca de 53% dos casos incidentes, tendo como os tipos mais comuns o câncer pulmonar, prostático, cólon e reto, estomacal e hepático. No sexo feminino, os mais incidentes foram o câncer de mama, cólon e retal e colo uterino (BRAY *et al.*, 2018).

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: Adriane.arthur@gmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: Devanir_amorim1992@hotmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2019), existem vários tratamentos para o câncer, sendo mais utilizados a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia, o hormonioterapia, terapia alvo, a

imunoterapia, a medicina personalizada, o transplante de medula óssea, sendo importante adequar otipo de tratamento utilizado para o que o paciente necessita.

O objetivo geral desse estudo é descrever as novas tecnologias para os tratamentos oncológicos, bem como os métodos associados a este. Como objetivos específicos foram definidos: Discutir sobre a eficácia das novas tecnologias de tratamentos oncológicos; descrever as tecnologiasem tratamento de oncologia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. CÂNCER: DEFINIÇÃO E ORIGEM

O câncer é tido como o crescimento desordenado de células, as quais se direcionam aos tecidos corporais levando ao processo metastático. Dentre os fatores de risco, pode-se citar o processo de envelhecimento, a genética, o crescimento e aglomeração populacional, a exposição a substâncias químicas, o tabagismo, etilismo, um ambiente poluído e a maior ingesta de conservantes que estão diretamente relacionadas a desigualdade social e econômica (INCA, 2019).

As neoplasias ocorrem devido a perda ou a inativação, pela modificação de uma cópia celular modificada, relacionadas a duplicação genética supressora tumoral, que são de mutação recessiva, frequentemente associadas à elevada ativação mutacional, transformando o processo celular proto-oncogenese em oncogênese, por aumento da quantidade de cópias genéticas ocasionadas por translocação cromossômica, ou através da introdução de um retrovírus oncogenético, fixando-se perto a uma célula proto-oncogênica no genoma do organismo, de umadas duas cópias dos proto-oncogenes, ou seja, mutação dominante (COLLAÇO; LIMA; SILVA, 2019).

É descrito por Collaço, Lima e Silva (2019), que os fatores que cooperam com a elevação daincidência neoplásicas são:

> [...] crescimento populacional e envelhecimento, aliado ao estilo de vida, incluindo tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, bem como altas taxas de infecção por microorganismos implicados na etiologia de doenças malignas como [...] o papilomavírus humano (HPV) e outras neoplasias, o qual leva ao desenvolvimento de câncer do colo do útero e outros cânceres. (COLLAÇO, LIMA, SILVA, 2019, p.89).

A Epigenética é o estudo dos mecanismos de regulação da sentença gênica sem ocasionar mudanças na origem do DNA. As mudanças epigenéticas surgem por meio de modificações na basedo DNA e mudanças na superestrutura do empacotamento do DNA. O Grupo relacionado a Epigenética do Câncer visa sedimentar os padrões de metilação de DNA, modificações de histonase perfis de expressão de RNA não codificantes em diferentes tipos de tumor para identificar biomarcadores diagnósticos e prognósticos (AL ABOUD et al., 2020).

É citado pelo Inca (2020), que qualquer local do corpo pode ser atingido pelas mazelas cancerígenas, no entanto, é comum que o câncer ocorra mais comumente em algumas regiões corporais, podendo ser classificados como de maior ou menor elevação agressiva. Estudos relacionados a classificação do câncer, perfil da doença, morbimortalidade, propiciam o combate damesma em diversas vertentes.

Os fatores contributivos e relacionados ao aparecimento de doenças de viés oncológico são aelevação exacerbada do peso corporal, o tabagismo, etilismo, exposição a radiação, a ingesta de alimentos com alto teor de conservantes, a genética, dentre outros (ALMEIDA, et al. 2017).

De acordo com Aires e Themudo (2022), a noticiação do acometimento oncológico para a pessoa atingida e para os familiares, atingem diretamente toda a equipe que presta cuidados e assistência a esse paciente, sendo capaz de ocasionar mudanças significativas no relacionamento familiar, o que leva a uma melhor qualidade emocional (AIRES, THEMUDO, 2022).

2.2. O CÂNCER COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O termo Saúde Pública se relaciona ao conjunto de atos realizados pelo poder público para garantir os direitos previstos na Constituição Federal, bem como o direito a saúde, e subentendido dentro dessa definição o bem estar físico, psicológico e social populacional (SILVEIRA, et al. 2021). Vale ressaltar ainda que a Saúde Pública visa dentro do seu conceito, a prevenção e o tratamento de doenças, bem como a realização de estudos que analisem os indicadores relacionados a saúde, bem como a sua aplicabilidade no viés epidemiológico, estatísticos e etc. (FRANCO, et al. 2022).

Nesse seguimento, essa problemática de saúde pública é tida atualmente como a segunda causa que leva a situação de óbito, com cerca de 190 mil óbitos na atualidade a cada ano. Sua proporção vem se elevando a cada ano, levando a implicações a nível sócio-econômico, gerando ummaior custo em relação ao tratamento (INCA, 2020).

No Brasil, a elevação da incidência do câncer se dá de forma progressiva, ocorrendo cercade 625 mil casos incidentes entre os anos de 2020 e 2022. Entre os homens, o câncer prostático é tido como o segundo mais prevalente, levando cerca de 15 mil homens a óbito anualmente, tendo como fatores relacionados o envelhecimento progressivo, pois com a elevação da idade ocorre o aumento progressivo de chances de se desenvolver esse tipo de câncer (INCA, 2019).

No que se refere as mulheres, o câncer mamário é tido como o mais comum a nível mundial,representando um índice de 12% de elevação no ano de 2018, seu acometimento se dá atualmente em 55,2 mulheres a cada 100 mil habitantes no mundo. Em 2017, 16.724 mulheres no Brasil forama óbito (INCA, 2020). Dessa forma, é notável que em ambos os sexos, podem ser acometidos pelo câncer, sendo o câncer de colo e reto o segundo mais incidente, e o terceiro mais relacionado a óbitono Brasil (INCA, 2021; COLLAÇO, LIMA, SILVA, 2019).

3. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste estudo, escolheu-se a modalidade de pesquisa de revisão integrativa de literature (RIL). Silveira et al. (2008), destaca que esse tipo de estudo sedimenta o conhecimento obtido acerca de um tema de escolha, pois tem como

vertende de análise etapas relacionadas a identificação, seleção, análise e sintetização dos resultados obtidos.

A coleta das informações para a pesquisa bibliográfica se deu por meio da exploração da Biblioteca Cientifica Eletrônica Virtual (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrievel System Online* (MEDLINE).

A busca nas bases de dados selecionadas, será determinada através das seguintes palavras- chave: oncologia; quimioterapia; marcadores oncológicos; tecnologias; câncer; e foi realizado em todos os índices, combinadas pelo método boleano OR e AND, a fim de alcançar a maior quantidade de estudos publicados, no período de tempo selecionado, que sejam relacionadas ao tema de escolha.

Como critérios de inclusão, se determinou estudos publicados nos idiomas portugues, inglês e espanhol no período de 2018 a 2023, apresentando o texto completo, disponível on-line, gratuito, que versem com a temática.

Como critérios de exclusão, se determinou estudos publicados nos demais idiomas, que os textos não estivessem disponíveis gratuitamente, que não estivesse relacionados a temática, resumos, monografias, trabalhos de conclusão de curso, dissertações de mestrado, teses de coutorado e artigos duplicados.

A partir da busca ativa nas bases de dados selecionadas, foram identificados 10 estudos, dos quais 50% é do ano 2022, 30% de 2021, 10% de 2019, 10% de 2018, os quais apontam sobre as tecnologias utilizadas para os tratamentos de vertente oncológica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando os três DeCS: “oncologia” AND “quimioterapia” AND “marcadores oncológicos” AND “tecnologias” AND “câncer”, foram encontrados 484 artigos na totalidade nas bases de dados. Ao adicionar os critérios de inclusão e exclusão o número reduziu para 52. Após a análise das pesquisas, 15 publicações foram selecionadas para compor esta pesquisa**.**

Tabela 1. Resultados da busca nas bases de dados e seleção de artigos pertinentes.

Bases de dados	Totalidade	Após aplicação dos critérios	N	%
SCIELO	19	13	9	60
MEDLINE	122	22	3	20
LILACS	343	17	3	20
TOTAL	484	52	15	100%

Para melhor organização das publicações presentes/selecionadas para compor esta RIL, será apresentada uma síntese conforme autor, ano, título, objetivo estudo, bases, idioma e resultados, contribuindo para o processo de análise e interpretação das publicações presentes nesta revisão (Quadro 1)

Quadro 1: Artigos selecionados para revisão.

Nº	Título	Autor/ Ano/ Idioma	Base de dados	Resultados
1	Efeito dos Suplementos Nutricionais Orais nos níveis séricos de albumina e na tolerância e toxicidaderelacionada com os tratamentos oncológicos.	Aires, et al. (2022); Português	Scielo	Os SNO é associado a maior tolerância ao tratamento, levando a melhora em aspectos como o peso, ingesta energético-proteica, aumento de massa muscular e melhora em alguns marcadores inflamatórios.
2	A terapia monoclonal nas neoplasias de mama e o papel do farmacêutico no cuidado à saúde do paciente com câncer	Alves, etal. (2021); Inglês.	Medline	A terapia Monoclonal associada ao tratamento das neoplasias mamarias foram considerados eficazes, pois atuaram na regressão tumoral em até 40%.
3	Imunoterapia adotiva: Uma inovação no tratamento das neoplasiasmalignas.	Sales, etal. (2022); Português.	Scielo	Ao usar receptores antigênicos quiméricos, a IA é capaz de aumentar a capacidade destrutiva dos linfócitos, os quais passam a reconhecer antígenos de superfície presentes em células cancerígenas e as atacam com alta especificidade. Foram promissoras por assegurar melhores prognósticos (54%), melhor qualidade de vida dos pacientes (37%) e efeitos colaterais menores (34%).
4	Quimio em casa: Aplicativo para familiares de crianças e adolescentes em uso de antineoplásicos orais.	Franco, et al. (2022); Português.	Scielo	A quimioterapia é um tratamento considerado eficaz na regressão neoplásica, uma vez que atua diretamente nas células modificadas pelo câncer, destruindo-as e estimulando o crescimento e desenvolvimento de células saudáveis.
5	Repercussões da braquiterapia na qualidade de vida e funcionalidade no tratamento do câncer de colo uterino.	Corpes, et al. (2022); Inglês.	Lilacs	A adoção dessas medidas nas consultas de enfermagem à paciente com câncer de colo uterino em tratamento braquiterápico contribuem para a identificação precoce dos sinais e sintomas ocasionados pela terapêutica, assim como o esclarecimento de dúvidas podendo, ainda, o enfermeiro elaborar medidas para prevenir e intervir precocemente nos efeitos colaterais.
6	Estudo comparativo entreprotocolos de ressecção e tratamento quimioterápicono câncer colorretal.	Rodrigues, et al. (2021); Português.	Lilacs	O estudo demonstrou que os protocolos que envolvem a ressecção associada a quimioterapia em pacientes com câncer de colorretal, foram eficazes naregressão neoplásica em cerca de 60% dos pacientes.
7	Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos.	Silveira, et al. (2021); Inglês.	Medline	A quimioterapia é um tratamento que utiliza o aporte farmacológico para destruir as células doentes que formam um tumor ou se multiplicam desordenadamente.
8	Tratamento oncológico e oimpacto na vida de idosos.	Barbosa, et al. (2021); Português.	Scielo	O estudo aborda como tecnologia para o tratamentode câncer em idosos, o com células CAR-T, na qual linfócitos do próprio paciente são coletados,modificados geneticamente e, em seguida, reinseridosno corpo do doente para atuarem no reconhecimento e combate do tumor.

4.1. AS NOVAS TECNOLOGIAS PARA O TRATAMENTO ONCOLÓGICO E SUA EFICÁCIA

O câncer é tido como uma doença avassaladora que requer um tratamento pontual para sua remissão. É apontado por Fontoura et al. (2021), que a imunoterapia é uma terapia biológica, que almeja a potencialização do Sistema imunológico, de forma que este combata doenças infecçiosas e patologias de viés oncológico. Além disso, Freire (2019), aponta que essa terapia atua comoimunoprofilaxia de patologias alérgicas e parasitária. Em complemento, é citado por Sales et al. (2022), que essa terapia eleva a capacidade destrutiva linfocitária, assegurando prognósticos promissores em 54% dos casos, gerando uma melhor qualidade de vida aos pacientes em 37% dos casos e diminutos efeitos colaterais em apenas 34%.

Nos ultimos anos, a imunoterapia tornou-se um tratamento importante em diversos tipos de neoplasias, pois tem ações diversas, como a estimulação do Sistema imune, enquanto outros atacamas células neoplásicas de forma específica. Seu mecanismo ocorre a partir da manutenção do estímulo de reconhecimento da célula agressora a partir do bloqueio do CTLA4, ou da ação linfocitária a partir do bloqueio do PD1/PDL1. Nos últimos dois anos essa terapia terapia vem se associando a quimioterapia ou a outras terapias, aumentando sua eficácia (BRAY et al., 2018).

É apontado ainda como tecnologia para o tratamento do cancer, a quimioterapia, a qual tem como principal caracteristica a utilização de fármacos para a destruição de células alteradas pela neoplasia (SILVEIRA et al., 2021; FRANCO et al. 2022). Rodrigues et al. (2021), aponta que essa terapia apresenta uma eficácia de 60% em pacientes com cancer de colo retal quando associada a ressecção. Já Aguiar et al. (2019), aponta que nos tratamentos de cancer de próstata a quimioterapia associada a Abiraterone apresentou uma efetividade em 56% dos casos estudados.

A quimioterapia é tido como uma terapêutica de viés farmacológico e de substancias quimioterápicas, com o intúito de combater ou controlar a patologia, levando a uma maior sobrevida ou cura. No entanto, a forma agressiva dessa terapia e sua elevada toxicidade, levam a diminuição da capacidade funcional do indivíduo, acometendo aspectos relacionados a apetite, função motora, os quais estão intimamente relacionados a qualidade de vida do indivíduo acometidopor essa patologia (PEDROSO et al., 2021).

Foi citado ainda, as tecnologias genéticas no tratamento oncológico utilizando as células CAR-T, no qual é realizado a coleta linfocitária no paciente, realizada uma modificação genética e logo após realizadas a inserção no organismo, a fim de agirem no reconhecimento e combate do tumor (BARBOSA et al., 2021). Temporão et al. (2022), aponta ainda, a utilização do RNA em células que produzem a proteína que desencadeará as respostas imunológicas para os diferentes tipos de canceres. Sendo mais eficazes de acordo com Silva (2022), em canceres de viés hematológico.

A terapia gênica é tida como uma terapia experimental a qual entende-se como a elevaçãoda capacidade genética de forma positive, através da correção genética celular em que ocorreu modificação, por meio das neoplasia ou outras afecções, ou através de alterações em locais específicos que tem como objetivo a terapêutica de viés curative aplicado. Nessa técnica, o gene saudável é injetado em um agente, o qual tem como finalidade a invasão celular para a introduçãodo material genético (GONÇALVES; PAIVA, 2017).

É apontado ainda a Hormonioterapia associado a utilização de anticorpos monoclonais (mABs) como uma tecnologia em tratamento para o viés oncológico. Os

mABs atualmente são tidas como uma tecnologia inovadora, capaz de atua em selecionados tipos de cânceres, agindo especificamente em aspectos tumorais (VIDAL et al., 2018). O qual de acordo com Alves et al. (2021), relata que quando associada ao tratamento das neoplasias mamarias foram eficazes em 40% na regressão tumoral.

Os mABs, são imunoglobulinas provenientes de um mesmo clone da célula linfócito B, no qual a duplicidade e a transmissão se dão através de linhas celulares contínuas sendo desenvolvidas para atuarem meio a antígenos específicos de células selecionadas, tendo uma elevada capacidade de preservação celular, quando em comparação à demais terapias no mesmo viés, sendo assim, considerada uma tecnologia inovadora para o tratamento de alguns tipos de câncer levando a uma maior possibilidade de cura e regressão tumoral (CARVALHO, 2013).

Corpes, et al. (2022), enfatiza em seu estudo a utilização da braquiterapia para a melhora na qualidade de vida de pacientes em tratamento para câncer de colo de útero. Esta consiste em uma radioterapia interna, pois a fonte de radiação atua diretamente na área que necessita de tratamento, visando assim, a eliminação das células cancerígenas. Já Pimentel et al. (2023), aponta a radioterapia como uma terapia no qual se utilizam radiações ionizantes que levam a destruição celular e tumoral, impedindo que haja a duplicação.

O tratamento radioterápico aumenta a sobrevida de diversos tipos de canceres, tendo em vista que são tratamentos que promovem o controle ou a erradicação de micrometástases, no entanto, podem causar efeitos colaterais agressivos, ligados a autoestima, perda funcional como a desnutrição e mobilidade, além dos aspectos emocionais e sociais (VIANI et al., 2022).

De acordo com Aires et al. (2022), ao decorrer da evolução do câncer e na disposição dos tratamentos, os pacientes podem apresentar diversos sintomas, principalmente quando associado a tratamentos quimioterápicos e radioterápicos, sendo um destes a desnutrição. Frente a isso é citado como uma tecnologia associada ao tratamento do câncer a suplementação nutricional Oral (SNO), estando esta associada a uma elevada tolerância a terapeutica aplicada, no entando, os resultados obtidos são de viés heterogêneo em relação a toxicidade apresentada. No entanto, os benefícios em aspetos como peso, ingestão energético-proteica, elevação de massa muscular magra e melhora em alguns marcadores inflamatórios, são evidenciados.

O estado nutricional de indivíduos acometidos pelo câncer se correlaciona com múltiplos fatores, atuando em maior ou menor intensidade e determinando riscos diferentes para cada grupo ou indivíduo. Em situações de desnutrição grave de pacientes oncológicos, adaptações fisiológicas preservam a vida de indivíduos desnutridos, porém indivíduos desnutridos acometidos pelo cancer tem os sistemas também são afetados pela terapia. Portanto, o metabolismo dos agentes quimioterápicos e dos nutrientes pode estar comprometido nessa situação (MOURA et al., 2021).

A partir do desenvolvimento desse estudo foram encontradas limitações no que se refere a busca de artigos atualizados que apontem os novos tratamentos de viés oncológico, estudos experimentais que apontem sua eficácia, estudos observacionais que apontem seus beneficios e aspectos gerais, bem como dados que apontem a acurácia de cada método.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma doença antiga que pode atingir diversas estruturas corporais, sendo a partir disso, desenvolvido tecnologias que se relacionam aos seus aspectos curativos. Ficou evidenciado a partir desse estudo, tecnologias relacionadas ao tratamento amplamante utilizada a anos, como a quimioterapia, que se dá a partir da utilização de fármacos; a radioterapia, que se dá a partir de ativos radioativos; a ressecção, que para um amplo aspectro curativo necessita de correlação a outra terapia;

Ficaram evidenciados ainda, tecnologias relativamente novas voltadas ao tratamento oncológico, como a imunoterapia, que está correlacionada ao fortalecimento do sistema imune; a terapia monoclonal, que é uma terapia hormonal; a braquiterapia que se trata de uma radioterapia utilizada de forma específica; Nos casos de debilidade nutricional dos pacientes oncológicos, foi evidenciado como uma tecnologia eficaz a utilização da SNO, sendo assim, são muitas as ferramentas utilizadas como recurso curative e que tendem a proporcionar uma melhor qualidade de vida ao pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS

[1] AIRES, B.M.M.F.; THEMUDO, T.M.S. Efeito dos Suplementos Nutricionais Orais nos níveis séricos de albumina e na tolerância e toxicidade relacionada com os tratamentos oncológicos. **TC PORTO**, 2022.

[2] AL ABOUD, N.; TUPPER, C.; JIALAL, I. Genetics, Epigenetic Mechanism. Treasure Island: Stat. **Pearls Publishing**, 2020.

[3] ALMEIDA, Liliane et al. Alimentação Como Fator De Risco Para Câncer De Intestino Em Universitários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 72- 78, mar. 2017.

[4] ALVES, D.A.; TREVISAN, M. Monoclonal therapy in breast neoplasms and the role of the pharmacist in the health care of patients with câncer. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.6, p. 27730-27740 nov./dec. 2021.

[5] BRAY, F. et al. Global cancer statistics estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians, Hoboken;** 68 (6) 394-424. 2018.

[6] CARVALHO, A.S.; et al. Exercício físico: Aliado para o tratamento de pessoas com câncer**. Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**. v.14, n.1, p.2, 2022.

[7] CARVALHO, A.P.F. **Estudos clínicos e patentes de anticorpos monoclonais para o tratamento do câncer** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Tecnologias em Imunobiológicos, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

[8] COLLAÇO, P.M.C.; LIMA, L.E.; SILVA, S.C.T. Incidência De Neoplasia Segundo O Sexo, NoBrasil, Em 2018. **Revista Saúde & Ciência Online**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 79-85, ago. 2019.

[9] CORRÊA, C.C.; ORTIZ, J.V.; A importância da farmacogenética no tratamento do câncer de mama. **Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 10, n. 15, p. e501101523162, 2021.

[10] CORPES, E.F.; et al. Repercussões da braquiterapia na qualidade de vida e funcionalidade notratamento do câncer de colo uterino. **Cogitare Enferm.** 2022, v27:e80960.

[11] FRANCO, G.A.S.; et al. Quimio em casa: Aplicativo para familiares de crianças e adolescentes em uso de antineoplásicos orais. **Texto & Contexto Enfermagem** 2022, v. 31:e20210414.

[12] FREIRE, D. Imunoterapia: a virada do sistema imunológico contra o câncer. **Cienc.Cult.** vol.71 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2019.

[13] FONTOURA, B.A.; et al. Imunoterapia como tratamento de câncer e o papel da enfermagem. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 6, e38710615902, 2021.

[14] INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde (Ms). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro:[S.N.], (Brasil). 2019. 120 p.

[15] GONÇALVES, G.A.R.; PAIVA, R.M.A. Terapia gênica: avanços, desafios e perspectivas. **REVENDO CIÊNCIAS BÁSICAS**, Einstein (São Paulo) 15 (3), Jul-Sep 2017.

[16] INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde (MS). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 6. ed.Rio de Janeiro: [S.N.], (Brasil). 2020.

[17] MOURA, RB.B.; et al. Intervenções nutricionais para idosos em cuidados paliativos: uma revisão de escopo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. 2021;24(5):e220063.

[18] PEDROSO, A.L.V.; et al. Saúde e deficiência em pacientes em tratamento com quimioterapia. PESQUISA ORIGINAL, **Fisioter. Pesqui.** 28 (4), Oct-Dec 2021.

[19] PIMENTEL. N.B.L.; et al. Repercussões psicossociais do tratamento radioterápico para o câncer do colo uterino: uma abordagem qualitativa. ARTIGO ORIGINAL, **Cogitare Enferm**. 28, 2023.

[20] RODRIGUES, V.S.S.; et al. Estudo comparativo entre protocolos de ressecção e tratamento quimioterápico no câncer colorretal. **Brazilian Journal of Development,** Curitiba, v.7, n.7, p. 66265-66284 jul. 2021.

[21] SALES, L.C.V.; et al. Imunoterapia adotiva: Uma inovação no tratamento das neoplasias malignas. **RESIC**. v.4, n.1 Fev. 2022.

[22] SILVA, G.A.; SILVA, L.G.; Vantagens e desafios da terapia gênica no tratamento do câncer. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 3,p. 10982-10993, may./jun., 2022.

[23] SILVEIRA, F.M.; et al. Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Acta Paul Enferm**. 2021;34:eAPE00583.

[24] TEMPORÃO, J.G.; et al. Desafios atuais e futuros do uso da medicina de precisão no acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer no Brasil. ARTIGO**, Cad. Saúde Pública** 38 (10), 2022.

[25] VIANI, G.A.; et al. Radioterapia estereotáxica corporal vs. cirurgia para câncer de pulmão de células não pequenas em estágio inicial: meta-análise atualizada envolvendo 29.511 pacientes incluídos em estudos comparativos. META-ANÁLISE**, J. bras. pneumol.** 48 (03), 2022.

[26] VIDAL, T.J.; FIGUEIREDO, T.A.; PEPE, V.L.E. O mercado brasileiro de anticorpos monoclonais utilizados para o tratamento de câncer. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(12):e00010918.

CAPÍTULO

12 Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA): revisão de literatura

Ytacyara Suzy de Oliveira Santos[1], Ocicléa Gomes Batista[2], Graciana de Sousa Lopes[3]

1. INTRODUÇÃO

ELA significa Esclerose Lateral Amiotrófica, uma doença refere-se ao endurecimentoque ocorre nas partes laterais da medula espinhal devido à gliose que ocorre ao longo da degeneração piramidal, ou a medula espinhal externa contém axônios motores responsáveis pelo movimento. O vocábulo "amiotrófico" está associado ao resultado da atrofia muscular (LINDEN-JUNIOR, et al., 2018).

ALS é uma doença neurodegenerativa degenerativa que reduz drasticamente o tempo de vida dos pacientes devido à incapacidade de modificar a doença. Sua etiologia é de origem desconhecida, podendo ser classificada como esporádica ou familiar. A ELA afeta neurônios superiores e inferiores, ocasionando paralisia motora progressiva (SILVA, et al., 2019).

Dentre esses tipos de patologias, a ELA é considerada a mais grave e destrutiva. Este é um excelente exemplo de doenças neurodegenerativas. Por afetar o sistema motor, suas manifestações clínicas são sistêmicas, preservando funções corticais superiores como inteligência, julgamento, memória e sensação. Quando aparecem os primeiros sinais e sintomas. A pesquisa mostrou que 80 % dos neurônios motores dos pacientes são desmantelados (SANTOS, 2021).

Embora a ELA afete mais os homens, os estudos demonstrar uma mudança, com homens e meninas sendo afetados da mesma maneira. O aumento de novos casos em meninas pode estar relacionado as mudanças não identificadas na exposição ambiental, antes diretamente relacionadas aos homens, como maior contato com componentes tóxicos relacionados a hábitos e estilo de vida, como tabagismo e alguns fatores laborais. adaptações (PERA, 2019).

Com o tempo, essa fraqueza muscular piora como uma doença progressiva, resultando em atrofia muscular generalizada, deixando o paciente tão restrito que fica presoem seu próprio corpo, à medida que doenças como a ansiedade se desenvolvem. e a depressão em pacientes com ELA é comum devido às grandes limitações impostas pela doença (DE CARVALHO, 2019).

Apesar do acometimento geral da musculatura esquelética, do ponto de vista de prognóstico, a maioria dos pacientes com ELA vem o óbito devido ao declínio da função pulmonar causado pela fraqueza dos músculos respiratórios que determina uma insuficiência respiratória ou mesmo complicações respiratórias como a pneumonia. As alterações precoces dos músculos respiratórios, no caso da ELA de início bulbar

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO.
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO.
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

indicam um mau prognóstico segundo vários estudos. O envolvimento dos músculos inspiratórios e expiratórios e dos músculos bulbares associados às complicações que desencadeiam estasalterações musculares, são responsáveis pela maioria das mortes em pacientes com ELA.O objetivo desse trabalho foi descrever o papel do Enfermeiro no atendimento, gerando qualidade de vida do paciente/cliente com patologia do ELA. Assim os objetivosespecíficos foram identificar estratégias no cuidado de sobrevida e avaliar a o desenvolvimento e manifestações clínicas da ELA.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. ASPECTOS RELACIONADOS AO ELA

A ELA foi descrita pela primeira vez em 1869 pelo neurologista francês Jean-Martin Poça, a doença tornou-se amplamente conhecida nos Estados Unidos quando o jogador de beisebol Lou Gehrig foi diagnosticado com a doença em 1939. A ELA também é conhecida como doença de ELA. pessoa para descrever a condição ou doença do neurônio motor (MND), sendo cinco DNMs que afetam os neurônios motores. Existem quatro outrasDNMs conhecidas: esclerose lateral primária (ELP), atrofia muscular progressiva (AMP), paralisia progressiva (PBP) e paralisia pseudobulbar (NETO, 2020).

ELA é uma doença neurodegenerativa progressiva que afeta os neurônios motores no córtex cerebral, tronco cerebral e medula espinhal. Os neurônios motores (neurônios eferentes) são responsáveis pela transmissão de ímpetos nervosos do sistema nervoso central (SNC) para os músculos voluntários ou esqueléticos. ALS é caracterizada pela perda progressiva de neurônios motores superiores e inferiores no sistema nervoso central.(cérebro e medula espinhal) (SEELEY, 2019).

Os neurônios motores superiores são células nervosas localizadas na frente do encéfalo (córtex motor) e se estendem até o topo da medula espinhal (pirâmide), enquanto os neurônios motores inferiores se estendem da medula espinhal para todo o caule e membros., e ambos os neurônios servem como unidade de controle e conexão entre o sistema nervoso e os músculos voluntários do corpo. mensagens de neurônios motores no encéfalo esses neurônios (chamados neurônios motores superiores) são enviados aos neurônios motores na medula espinhal. Na ELA, os neurônios motores superiores e inferiores degeneraram ou morreram, impedindo o envio de mensagens para o músculo.

Não pode trabalhar. Os músculos gradualmente fraqueza, desgaste (atrofia) e contração curta acidentalmente (fasciculações). Eventualmente, a capacitância do cérebro de iniciar e controlar movimentos voluntários é perdida (SEELEY, 2019).

Na ELA, todos os músculos sob controle voluntário são afetados e os pacientes perdem a força e a capacidade de mover os braços as pernas ou o corpo. Quando os músculos do diafragma e da parede torácica falham, o paciente perderá a capacidade de respirar. A maioria das pessoas com ELA morre de insuficiência respiratória, geralmente dentro de 3 a 5 anos após o início dos sintomas. No entanto, cerca de 10 % dos pacientes com ELA vivem 10 anos ou mais (LOGROSCINO, 2019).

A doença afeta apenas os neurônios motores. Portanto, não prejudica a função cognitiva, ou seja, atenção, memória, linguagem e percepção de uma pessoa. Também não afeta o funcionamento dos sentidos, como visão, olfato, paladar, audição ou tato. O paciente geralmente controla os músculos oculares e a função da bexiga ou do intestino (BRAGA, 2019).

2.2. ELA NA QUALIDADE DE VIDA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os pacientes com ELA introduzem manifestações clínicas de degeneração motora progressiva e variam dependendo da localização do neurônio motor envolvido. Esses pacientes introduzem fraqueza muscular localizada que começa nas extremidades ou proximal nas extremidades superiores e inferiores. Em geral, os sintomas iniciais são assimétricos e se desenvolvem de forma progressiva e generalizada com fraqueza e atrofia muscular (PRADO, 2018).

Os sinais e sintomas do neurônio motor superior (NMS) ocorrem devido a danos nostratos corticoespinhal e corticobulbar, por outro lado, os sintomas do neurônio motor inferior (NMI) ocorrem devido a danos no corno anterior da medula espinhal ou nos núcleos de os nervos motores cranianos do tronco encefálico. Na ELA, os nervos periféricos não são danificados, mas geram sintomas de degeneração NMS: incluem rigidez muscular (espasticidade), reflexos exagerados. (hiperreflexia), incluindo reflexo arqueado exagerado.Um reflexo anormal, comumente conhecido como sinal ou reflexo de Babinski (o dedão dopé se estende para cima quando o lado lateral da planta do pé é estimulado com um objeto arredondado) também indica dano ao neurônio motor superior, sintomas de neurodegeneração musculoesquelética: incluem fraqueza e atrofia muscular, espasmos musculares e espasmos momentâneos e involuntários dos músculos visíveis sob a pele (fasciculações) (BRAGA, 2019).

Na região cervical as lesões são combinadas com paresia. Paralisia da parte proximal das extremidades ou extremidades superiores ou inferiores (paralisia incompleta). autoestrada de regra, as manifestações clínicas iniciais acometem os membros. A paresia proximal apresenta-se como limitação da abdução do ombro e a paresia periférica como limitação da atividade manual. A paresia tem início insidioso e geralmente é assimétrica; noentanto, o membro contralateral desenvolve paresia e atrofia posteriormente. Os raios geralmente são vistos em mais de um grupo muscular (MUOTRI, 2021).

A espasticidade pode ocorrer em membros normais e fracos. Afeta a destreza manual e/ou a marcha. O sinal de Hoffman pode ser positivo nos membros superiores e a reação de semeadura costuma estar amplificada (sinal de Babinski). Os reflexos tendinosos podem estar aumentados ou reduzidos dependendo do NM desejado ou envolvimento doNM, fraqueza nas regiões cervical e torácica dos músculos adjacentes; (Os músculos quecomeçam e terminam na coluna fazem com que a cabeça "incline"para a frente. Aproximadamente de dois terços dos pacientes têm esta forma da doença (MUOTRI, 2021). O sintoma inicial mais comum da doença é a paralisia seguida de disartria, disfagia, convulsões e fasciculações. Em estágio avançado da doença o paciente terá insuficiência respiratória devido ao enfraquecimento dos músculos do trato respiratório. As complicaçõespulmonares e parada respiratória acabavam com a vida desses pacientes (PEREIRA, 2019).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que consiste em organizar, elucidar e resumir as principais obras reais, assim como prover citações completas abrangendo todo o domínio de literatura proeminente em uma área. (AMADO; COSTA; CRUSOÉ, 2014).

Foi realizada a busca de artigos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino- Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual e Saúde (BVS). Utilizando os seguintes descritores disponíveis nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): esclerose lateral amiotrófica, diagnóstico, tratamento, qualidade de vida. Elegibilidade: Foram selecionados artigos científicos

disponíveis em texto completo, em língua portuguesa e inglês que foram publicados no período de 2018 a 2023. Após a leitura do título e do resumo, foram selecionados os artigosque respondiam ao objetivo proposto desta pesquisa.

Os artigos foram selecionados e submetidos a uma leitura rigorosa do texto completo para identificar a resposta ao objetivo do tema proposto. Após a leitura, foi realizado um resumo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1: Resultado dos artigos selecionados.

Nº	Título	Autor/ ano/ idioma	Base de dados	Resultados
1	Assistência de enfermagem nocuidado aopaciente portador de escleroselateral amiotrófica.	Araújo et al., 2022 Português	SCIELO	O estudo evidenciou que os cuidados que proporcionem o conforto físico e apoio psicológico, administração de medicamentos, avaliação e controle da dor, cuidados com a pele, cuidados como trato gastrointestinal e prover relatório com aevolução dos sintomas aos médicos.
2	Principais intervenções deenfermagem utilizadas para Melhoria dascondições de vida de pessoas com esclerose lateral amiotrófica.	Tosta et al., 2021 Português	SCIELO	Os resultados do estudo evidenciaram que a mudança de decúbito no leito e melhora do ambiente promovem conforto ao paciente; associadas a técnicas de fisioterapia respiratória, aspiração oral e/ou oro traqueal de 4-5 vezes ao dia.
3	Diagnósticos e intervenções de enfermagem aoadulto acometidopor esclerose lateralamiotrófica.	Ribeiro et al., 2019 Português	SCIELO	Evidenciou-se que as principais intervenções que a equipe de enfermagem pode fazer é 1º prevenção da aspiração - terapia para deglutição, posicionamento, identificar possíveis riscos; 2º estado de deglutição - precaução contra aspiração; 3ª fase esofágica - manutenção de saúde oral, controle da dor e controle de êmese; 4º fase oral - alimentação por mamadeira; 5º fase.
4	Manifestações e desenvolvimento da esclerose lateral amiotrófica: relato de caso.	Ferreira et al., 2021 Português	SCIELO	Foi evidenciado as principais manifestações clínicas iniciais da ELA são: fraqueza muscular, espasmos musculares e cãibras, dificuldade para falar, engolir e respirar, além de perda de peso.

Quadro 1: Resultado dos artigos selecionados. (continuação)

Nº	Título	Autor/ ano/ idioma	Base de dados	Resultados
5	Cuidados de enfermagem voltados aospacientes portadores de esclerose lateralamiotrófica.	Barreto et al., 2020 Português	SCIELO	Determinados cuidados foram apontados como importantes para o tratamento, como: melhora do ambiente promovendo bem-estar e conforto; períodos de leitura; mudança de decúbito; utilização de música e aspiração oral ou oro traqueal.
6	Esclerose Lateral Amiotrófica: Evolução Clínica eErros no Diagnóstico.	De Sá et al., 2020 Português	SCIELO	A evolução da ELA é geralmente rápida, com uma sobrevida média de três a cinco anos após o início dos sintomas. No entanto, a doença pode progredir de forma mais lenta em alguns casos e, em outros, pode ter um curso mais agressivo.
7	As complicações e sintomas da esclerose lateralamiotrófica (ELA): Uma revisão de literatura.	Santos et al., 2019 Inglês	LILACS	Os sintomas inicias são, dificuldade para deglutir e respirar, gagueira, mudança na voz, problemas coma coordenação motora que ocasionalmente acaba dificultando tarefas simples de seu dia a dia, fraqueza proximal e fraqueza distal, dificuldade para subir escadas (fraqueza proximal).
8	Cuidados paliativos esclerose múltipla amiotrófica e deglutição: Estudode caso.	Luchesi et al., 2019 Inglês	LILACS	Ao se discutir cuidados paliativos e deglutição, entende-se ser necessário levar em conta formas de adaptação da deglutição, com o objetivo de manter o prazer da alimentação por via oral, com o máximo de segurança possível, mas principalmente, mantendo a qualidade de vida do indivíduo.

4.1. CATEGORIA I: CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ELA

Para Araújo et al. (2022) Tosta et al., (2021), afirmam que os cuidados de enfermagem são imprescindíveis na melhoria da qualidade de vida de tais pacientes com atuação pautada em intervenções que proporcionem o conforto físico e apoio psicológico, administração de medicamentos, avaliação e controle da dor, cuidados com a pele, cuidados com o trato gastrointestinal e prover relatório com a evolução dos sintomas aos médicos. Essa assistência visa a restabelecer/manter as funções, e estimular às atividades do cotidiano do indivíduo, com vistas a aumentar independência, e restaurar a autonomia e produtividade. A utilização das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) torna mais humanizadas e completas as ações desempenhadas pela equipe de enfermagem, o enfermeiro deve desenvolver através da SAE e do processo de enfermagem um plano de cuidado que possibilita desenvolver técnicas como a utilização de música, períodos de leitura, mudança de decúbito no leito e melhora do ambiente promovem conforto ao paciente; associadas a técnicas de fisioterapia respiratória, aspiração oral e/ouoro traqueal de 4-5 vezes ao dia e agregado aos demais cuidados resulta na melhoria da capacidade de tosse dos pacientes e consequentemente na diminuição das chances de broncoaspiração e complicações respiratórias (SANTOS, 2021).

Ribeiro et al., (2019) e Oss (2021), evidenciaram que as principais intervenções que a equipe de enfermagem pode fazer é 1º prevenção da aspiração - terapia para deglutição, posicionamento, identificar possíveis riscos; 2º estado de deglutição - precaução contra aspiração; 3ª fase esofágica - manutenção de saúde oral, controle da dor e controle de êmese; 4º fase oral - alimentação por mamadeira; 5º fase faríngea - aspiração das vias aéreas e supervisão, observação do padrão respiratório ineficaz. O planejamento de

diagnósticos e intervenções, buscando propiciar ao enfermo e seus entes queridos alívio da dor, do desconforto, das angústias e contribuir para uma sobrevida digna e uma morte tranquila à medida do possível. a assistência de enfermagem e o estabelecimento de vínculo entre cliente e profissional, através do exame físico e dos diagnósticos de enfermagem a partir das necessidades do cliente e da família são cruciais no tratamento eassistência de qualidade ao mesmo (ALMEIDA, 2021).

Para Santos et al (2022) e Silva et al., (2022) o enfermeiro oferece pela relação de ajuda, apoio a esses familiares, no sentido de esclarecer dúvidas ou até mesmo na superação de alguma dificuldade que esses possam enfrentar no dia a dia com o paciente no domicílio. No entanto, muitos profissionais de enfermagem carecem de conhecimento sobre a ELA, dificultando a sistematização da assistência de enfermagem. A assistência integral de enfermagem ao paciente com ELA começa desde o diagnóstico até o estabelecimento de atividades de conforto, bem como orientação familiar permanente. Assim, a presença de enfermeiros no atendimento ao paciente está associada a melhores resultados clínicos, incluindo menor mortalidade, menor tempo de internação, menores taxas de infeções hospitalares e maior satisfação do paciente (ALVES, 2020).

Conforme Barreto et al., (2020) Luchesi et al., (2019) determinados cuidados foram apontados como importantes para o tratamento, como: melhora do ambiente promovendo bem-estar e conforto; períodos de leitura; mudança de decúbito; utilização de música e aspiração oral ou oro traqueal. cuidados paliativos e deglutição, entende-se ser necessáriolevar em conta formas de adaptação da deglutição, com o objetivo de manter o prazer da alimentação por via oral, com o máximo de segurança possível, mas principalmente, mantendo a qualidade de vida do indivíduo.

Destaca-se a importância de conhecer o desejo dos pacientes quanto a sua alimentação e o significado que atribuem a ela, para que a atuação fonoaudiológica possa contribuir de fato para a qualidade de vida do indivíduo. o enfermeiro pode atuar no controleda dor, administração de medicamentos analgésicos quando necessário, ajuda com a alimentação e a hidratação, pois há pacientes que podem precisar de um tubo de alimentação para garantir uma nutrição adequada, auxílio no suporte respiratório e apoio emocional (OMENA et al., 2018).

Portanto, o trabalho do enfermeiro na prevenção de sequelas da ELA é fundamental para melhorar a qualidade de vida do paciente e ajudar a enfrentar os desafios da doença. Com sua experiência e conhecimento, os enfermeiros podem ajudar a prevenir complicações e fornecer suporte essencial para pacientes e suas famílias em todas as fases da doença.

4.2. CATEGORIA II: MANIFESTAÇÕES E DESENVOLVIMENTO DA ELA

Ferreira et al., (2021), as principais manifestações clínicas iniciais da ELA podem variar de acordo com o indivíduo, mas geralmente começam com fraqueza muscular, espasmos musculares e cãibras, dificuldade para falar, engolir e respirar, além de perda de peso. Conforme a doença progride, esses sintomas se agravam e se espalham para outras partes do corpo, levando a uma paralisia gradual.

Para Torezoni et al., (2021) e Santos et al., (2019) os sintomas clínicos (distinguidos por sua localização e origem) associados a testes diagnósticos –geralmente:ressonância magnética, neuroeletromiografia e estudos de condução nervosa –são tabulados para gerar uma distinção entre algoritmos diagnósticos suspeitos, prováveis e

determinísticos. Os sintomas inicias são, dificuldade para deglutir e respirar, gagueira, mudança na voz, (uma fala mais lenta que o normal), em razão da degeneração dos feixes piramidais (responsáveis pelos movimentos iniciais) causando paresia espásticae a redução da velocidade da condução nervosa, resultando também na insuficiência respiratoria. As maiores complicações desta doença estão associadas à degeneraçãodas células medula, causando atrofias musculares, parecia flácida e diminuição ou ausência de reflexos, pois fazem parte do sistema nervosa (PEREIRA, 2020).

De Sá et al. (2020), a evolução da ELA é geralmente rápida, com uma sobrevida média de três a cinco anos após o início dos sintomas. No entanto, a doença pode progredir de forma mais lenta em alguns casos e, em outros, pode ter um curso mais agressivo. A evolução clínica também pode variar de acordo com o tipo de ELA, sendo que existem diferentes subtipos, como a ELA espinhal progressiva, a ELA bulbar e a ELA juvenil. O diagnóstico precoce da ELA é essencial para o manejo adequado da doença, mas pode ser difícil devido à variedade de sintomas e à falta de testes específicos para a doença. Além disso, muitos pacientes passam por um longo período de incerteza antes do diagnóstico, durante o qual são submetidos a vários exames e avaliações para descartar outras doenças neuromusculares.

Castro et al., (2020) e Diniz et al., (2022) esclarecem que as manifestações clinicas principais dos pacientes são: fraqueza muscular: A fraqueza muscular é geralmente a primeira manifestação da doença. Espasmos musculares: Espasmos musculares podem ocorrer como resultado da atividade muscular excessiva ou da falta de controle sobre os músculos. Dificuldade para falar e engolir: A ELA pode afetar os músculos responsáveis pela fala e pela deglutição, levando a dificuldades nesses processos. Dificuldade em respirar: A progressão da ELA pode afetar os músculos respiratórios, levando a dificuldades em respirar e aumentando o risco de pneumonia.

A perda de peso é comum em pacientes com ELA, principalmente devido à dificuldade em engolir alimentos e à perda de apetite. Fadiga: A fadiga é um sintoma comum da ELA e pode estar relacionada à fraqueza muscular, dificuldade respiratória e outros fatores. A degeneração dos NMS causa fraqueza muscular, espasticidade e reflexos hiperativos, enquanto a degeneração dos NMI leva à atrofia muscular, fraqueza muscular progressiva e fasciculações (contrações musculares involuntárias) (TURNER, 2019).

Prado et al., (2019) e Leite et al., (2019) os sintomas de ansiedade e depressão foram altamente correlacionados e frequentes em pacientes com esclerose lateral amiotrófica. Além disso, ansiedade e depressão não foram associadas à duração e apresentação da doença, sexo, idade de início e escore funcional. A principal queixa inicial é a fraqueza muscular, que ao exame físico se revela como amiotrofia e redução de força muscular. Pacientes com ELA de início cervical apresentaram sintomas nos membros superiores, uni ou bilateralmente, terá fraqueza próxima e fraqueza distal, os braços podemapresentar atrofia intensa, porém com reflexos hiperativos.

Portanto, a identificação precoce dos sintomas de agravamento da ELA é crucial para garantir intervenções eficazes com objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente. É importante que os pacientes e seus cuidadores estejam cientes dos sinais de agravamento da doença e que comuniquem imediatamente à equipe médica caso ocorrammudanças significativas nos sintomas. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem é a ferramenta de primeira escolha para que a equipe de enfermagem ofereça uma assistência holística, conítua e adaptada para as necessidades do paciente com ELA.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos constatar que o diagnóstico precoce e o tratamento multidisciplinar são fundamentais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com ELA. Além disso, a importância do suporte psicológico e emocional para os pacientes e seus familiares é essencial no tratamento e manejo da doença.

Há a necessidade de novas pesquisas que abordem novas intervenções terapêuticas, estudos epidemiologicos que definam o perfil e caractéristicas de pacientes com ELA.

REFERÊNCIAS

[1] AMARAL, F. de C. Assistência humanizada da gestante em unidade de saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação emSaúde Coletiva**, Araçuaí, 2021.

[2] AMORIM, Tamiris Scoz et al. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

[3] BOSSE, Tamara Simão et al. Desafios associados à esclerose lateral amiotrófica: relato decaso clínico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 43, p. e2750-e2750, 2020.

[4] CARDOSO, Lilian Cristina et al. Diagnóstico das necessidades de Educação Permanente em Enfermagem no contexto do Pré-natal de baixo risco. **Conjecturas**, v. 22, n. 6, p. 12- 32, 2022.

[5] COSTA, Sara Daniela Souza et al. A sistematização da assistência de enfermagem na primeira consulta de pré-natal: revisão narrativa. 2022.

[6] DINIZ, Ana Beatriz Rangel; PASSOS, Marco Aurélio Ninômia. Esclerose lateral amiotrófica-ELA: progressão da doença em pacientes diagnosticados. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 5, n. 11, p. 160-180, 2022.

[7] FERREIRA, Gabriela Elaine et al. A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 2114-2127, 2021.

[8] FERREIRA, Cristiana Terezinha Alexandre; TOBIAS, Gabriela Camargo; teixeira, cristianechagas. pré-natal realizado por enfermeiros nas unidades básicas de saúde: uma revisão narrativa da literatura. **revista UNINGÁ**, v. 56, n. S2, p. 194-203, 2019.

[9] FERREIRA, Mayara de Lima. **As intercorrências no aleitamento materno e o papel do enfermeiro nas intervenções**. 2021.

[10] GARCIA, É. M et al. uma relação possível?. Risco gestacional e desigualdades sociais **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4633-4642, 2022.

[11] GOMES-FILHO, et al. Detecção de doenças transmissíveis em gestantes no Estado de Goiás: o teste da mamãe. **Revista de Patologia Tropical**, Goiânia, v. 45, n. 4, p. 369-386,2019.

[12] LESSA, Millani Souza de Almeida et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3881-3890,2022.

[13] LEITE, Bruna; SILVA, Emily; CROZARA, Marisa. Esclerose Lateral Amiotrófica e suas complicações. **Simpósio de Assistência Farmacêutica, Centro Universitário São Camilo, São Paulo**, 2015.

[14] LUCHESI, Karen Fontes; SILVEIRA, Isabela Costa. Cuidados paliativos, esclerose lateral amiotrófica e deglutição: estudo de caso. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2018.

[15] MARQUES, et al. Características de gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas. **Revista Gaúcha Enfermagem**,v. 33, n. 4, p. 41-47, 2019.

[16] NUNES, H. A. de F. Assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família e seus desafios: uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Coromandel, 2019.

[17] OLIVEIRA, Amanda Karolina L. de; DUARTE, Fhabbylle Moreira. Importância das orientações de enfermagem na consulta de pré-natal: **uma revisão integrativa**. 2020.

[18] PRADO, Laura de Godoy Rousseff et al. Depressão e ansiedade em uma série de casos de esclerose lateral amiotrófica: frequência e associação com aspectos clínicos. **Einstein (São Paulo)**, v. 15, p. 58-60, 2017.

[19] REIS, Rachel Sarmento; ABI RACHED, Chennyfer Dobbins. O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa-gestante. **International Journal of Health Management Review**, v. 3, n. 2, 2019.

[20] ROSA, Cristiane Quadrado da; SILVEIRA, Denise Silva da; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 977-984, 2019.

[21] SILVA, Esther Pereira da; LIMA, Roberto Teixeira de; OSÓRIO, Mônica Maria. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicosrandomizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2935-2948, 2019.

[22] TOREZONI, Catarine de Lima Macedo; DE ANDRADE, Leonardo Guimarães. aspectos clínicos e farmacológicos da esclerose lateral amiotrófica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 3, p. 1214-1230, 2022.

CAPÍTULO

13 Desafios da assistência ao paciente com hanseníase

Rafael Oliveira[1], Taiene de Andrade Rabelo[2], Graciana de Sousa Lopes[3]

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de início crônico que se manifesta principalmente por lesões cutâneas de suscetibilidade diminuída (EIDT, 2004; LYON, GROSSI, 2013; BORBA, 2015). É causada pelo *Mycobacterium leprae*, que pode infectar qualquer pessoa. Caracterizase por alterações, diminuição ou perda de calor, dor, sensação de tato e força muscular, principalmente nas mãos, braços, pés, pernas e olhos, podendo levar à incapacidade permanente (MONTAGNER, 2016; VELOSO *et al*., 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2002), a hanseníase é uma das doenças mais antigas da humanidade, sendo que as referências mais remotas datam de 600 a.C.

O ser humano é considerado o principal hospedeiro e reservatório do *M. leprae* e a interação parasita/hospedeiro resulta em comprometimento de pele e nervos. A hanseníase é uma doença curável, e quanto mais precocemente diagnosticada e tratada mais rapidamente se cura o paciente (OLIVEIRA, 2018)

Devido ao seu poder de causar a inutilidade física, a hanseníase é caracterizada como um problema de saúde pública e avança como uma grave doença infecto contagiosa (SANTANA *et al*., 2022). No passado mais conhecida como lepra, essa doença possui um histórico complexo, pois no princípio da sociedade o sujeito contaminado era tratado com desprezo e não havia conhecimento então, logo não existia tratamento e nem se quer cura, ocasionado afastamento severo e até mesmo a óbito (SILVA, 2020).

Segundo Ribeiro *et al*., (2018), o Brasil, assim como os outros países, estabeleceu políticas de medicação ambulatorial, ações e orientação para controle da doença. Ocasionado pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente altamente reativo no ataque aos nervos externos e periféricos da pele (BRASIL, 2017).

Para Mascarenhas *et al*. (2021), um dos maiores desafios existentes é a forte resistência por parte dos pacientes na adesão ao tratamento, sobretudo, por motivos referentes ao estigma social e preconceito da doença.

O autocuidado é excepcional para o diagnóstico da doença o qual é realizado através do exame clínico, quando se busca seus sinais dermatoneurológicos. O tratamento de pacientes com hanseníase é essencial para curar os pacientes, fechar a fonte de infecção e quebrar a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto, de importância estratégica para o controle de doenças endêmicas e erradicação da hanseníase. (SILVA *et al*., 2014).

[1] Acadêmico de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: rafaellmaues@gmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: taieneandrade1@gmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. E-mail: gracilopess@hotmail.com

Lopes e Rangel (2014), destacam que embora a hanseníase possua um bacilo específico para a sua causa, a prevalência da doença está associada a diversos determinantes sociais que impactam, especialmente, as condições coletivas de vida da população mais vulnerável.

O presente artigo tem como objetivo geral identificar os desafios enfrentados por pacientes diagnosticado com hanseníase, e com isso será necessário discutir sobre as vulnerabilidades sociais relacionadas à hanseníase e assim, descrever ações voltadas à assistência ao paciente portador de hanseníase.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, pertencente à Classe: *Actinobacteria*; Subclasse: *Actinobacteridae*; Ordem: *Actinomicetalis*; Subordem: *Corynebacterineae;* Família *Mycobacteriaceae*; Gênero: *Mycobacterium*; Espécie: *Leprae*; Variedade: *Mycobacterium leprae* e nome comum: Bacilo de Hansen, descoberto em 1873 por Gerhardt Henri Armauer Hansen (SAMPAIO, RIVITTI, 2001; MADEIRA, 2000).

Souza *et al.* (2013), destacam os seguintes fatores de transmissão da hanseníase: condições desfavoráveis de vida da população, baixo nível de escolaridade, atrasos no diagnóstico nos postos de saúde públicos e incidência de neurites. Segundo Ribeiro Júnior, Vieira e Caldeira (2012), fatores econômicos, sociais e culturais contribuem para a prevalência da hanseníase, principalmente relacionados às más condições sanitárias e baixa escolaridade da população.

O diagnóstico dos casos de hanseníase baseia-se no exame físico geral e cutâneo para identificar lesões ou áreas cutâneas com suscetibilidade alterada e/ou envolvimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas, sendo feito pelo exame neurológico (BRASIL, 2021).

2.1.1. FISIOPATOLOGIA DA HANSENÍASE

Para Rees (1985), *M. leprae* é um bacilo gram-positivo, álcool-ácido resistente (BAAR), corase de vermelho quando em contato com a fucsina, intracelular obrigatório, de crescimento lento em macrófagos, com tempo de multiplicação de 11 a 16 dias, apresenta-se sob a forma de um bastonete reto ou ligeiramente encurvado, medindo 1,5 a 8 micra de comprimento por 0,2 a 0,5 micra de largura.

Os tecidos primeiramente infectados pelo *M. leprae* são sítios superficiais da pele e nervo, devido à sua preferência por baixas temperaturas (de 27ºC a 30ºC) (BITTENCOURT *et al*., 2017). No solo úmido, à temperatura ambiente, o bacilo poderá permanecer vivo e infectante até 46 dias (TALHARI *et al*., 2006).

2.2. A HANSENÍASE NO BRASIL

No Brasil, o primeiro caso da doença foi registrado em 1600 na cidade do Rio de Janeiro. Alguns anos depois, foi criado o primeiro Lazaretto, destinado a abrigar doentes Lázaro, lazarentos ou leprosos (YAMANOUCHI *et al*, 1993; BRASIL, 1989), denominado

Gerhard Almauer Hansen em 1873. recebeu o termo lepra em homenagem ao descobridor do organismo (REIS *et al*., 2015).

Como iniciativa inovadora de ressignificação social da doença, o Brasil, por meio da Lei nº 9.010 de 1995, permitiu o uso do termo "hanseníase" e seus derivados em documentos oficiais das administrações centralizadas e descentralizadas (BRASIL, 2021). Entre 2016 e 2020, foram diagnosticados 155.359 novos casos de hanseníase no Brasil. Destes, 86.225 eram homens, representando 55,5% do total. Essa vantagem foi observada na maioria das faixas etárias e anos de pesquisa, sendo mais frequente na faixa etária de 50 a 59 anos, com um total de 29.587 casos novos (BRASIL, 2022).

2.3. FORMAS CLÍNICAS DA DOENÇA DE HANSEN

2.3.1. HANSENÍASE INDETERMINADA (HI)

Nesse tipo patológico as lesões da HI surgem após um período de incubação que varia, em média, de dois a cinco anos. Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade, ou simplesmente por áreas de hipoestesia na pele. As lesões são em pequeno número e podem se localizar em qualquer área da pele. (ARAÚJO, 2003).

2.3.2. HANSENÍASE TUBERCULÓIDE (HT)

No polo de resistência, a hanseníase tuberculóide caracteriza a forma clínica de contenção da multiplicação bacilar, dentro do espectro da doença. Apresenta-se, quando mácula, como lesão hipocrômica ou eritematosa, delimitada por micropápulas, e, quando placa, como lesão eritematosa ou acobreada, difusamente infiltrada, ou com tendência central ao aplainamento, e limites externos sempre nítidos e bem definidos (SOUZA, 1997).

2.3.3. HANSENÍASE DIMORFA (HD)

É caracterizado por instabilidade imunológica, seja de acometimento cutâneo, neural ou sistêmico, que acarreta grande variabilidade nas manifestações clínicas. Estes incluem máculas eritematosas, máculas hipopigmentadas com bordas de ferro, máculas eritematosas ou acastanhadas com bordas internas bem definidas e bordas externas vagas, bordas internas claras e difusas. (ARAÚJO, 2003).

2.3.4. HANSENÍASE VIRCHOWIANA (HV)

É a forma mais contagiosa da doença. O paciente virchowiano não apresenta manchas visíveis; a pele apresenta-se avermelhada, seca, infiltrada, cujos poros apresentam-se dilatados (aspecto de "casca de laranja"), poupando geralmente couro cabeludo, axilas e o meio da coluna lombar (áreas quentes). Na evolução da doença, é comum aparecerem caroços (pápulas e nódulos) escuros, endurecidos e assintomáticos (hansenomas) (BRASIL, 2017).

2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE À HANSENÍASE

A história das políticas públicas adotadas em relação à "lepra"/ hanseníase no Brasil demonstra que somente a partir do século XX houve a mobilização do aparato estatal em torno do tema (SAVASSI *et al.,* 2010). Em 1976 ocorreu mudança clara de direção, com o reconhecimento do dever do Estado na perspectiva de integração dos hansenianos à coletividade. O aprofundamento dessa perspectiva abriu caminho para a legislação atual (FIGUEIREDO *et al.,* 2006). Assim, nos últimos anos, foram elaborados planos, com metas e estratégias para se alcançar a eliminação da hanseníase. Conseguiu-se a redução da taxa de prevalência e o aumento do número de casos tratados com a poliquimioterapia (PQT) (DIAZ, PEDRAZZANI, 2008).

O Ministério da Saúde lançou, em novembro de 2002, o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e o Controle da Tuberculose no Brasil (SANTOS *et al*., 2010).

3. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo Revisão Interativa da Literatura (RIL), que segundo Ursi (2005), pode ser definida como um método em que as pesquisas anteriores são sumarizadas e conclusões são estabelecidas considerando o delineamento das pesquisas avaliadas, a qual possibilita síntese e análise do conhecimento científico já produzido do tema investigado.

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), *Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa e inglesa, publicados no período de 2013 a 2023. Destaca-se que os critérios de inelegibilidade adotados foram: estudos duplicados, disponíveis em formato de resumo, dissertações de mestrado, tese de doutorado, monografias, com a apresentação apenas do tema, estando o conteúdo indisponível, bem como os publicados fora do período proposto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da combinação dos descritores foram obtidos 44 estudos. Destes foram excluídos 29 artigos que não atenderem aos critérios previamente estabelecidos para inclusão, ou seja, artigos não se enquadram na temática, onde 3 destes estavam duplicados e 26 não estavam em consonância com o objeto deste estudo, ficando 15 artigos selecionados para fazer a composição a amostra final deste estudo.

A seguir, a Tabela 1 trará a apresentação da análise acerca dos desafios da assistência ao paciente com Hanseníase e da vulnerabilidade vivenciadas pelos pacientes.

Tabela1. Análise dos desafios da assistência ao indivíduo com Hanseníase e vulnerabilidades vivenciadas pelos pacientes

N°	AUTOR/ANO BASES DE DADOS	TÍTULO	RESULTADOS
1	ARAÚJO, S. M; SILVA, L. N. 2019, Brasil SCIELO	Vulnerabilidades em casos de hanseníase na Atenção Primária	A incapacidade física não compromete apenas a parte física como também a social e psicológica dos portadores e familiares, pois por falta de conhecimento as pessoas geram um forte preconceito principalmente por ser uma doença que sempre foi estigmatizado.
2	CAVALCANTE, M. D. M. A.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N. 2020, Brasil SCIELO	Múltiplas dimensões da gestão do cuidado à hanseníase e os desafios para a eliminação	A baixa adesão ainda é um importante obstáculo ao controle da hanseníase, pois aqueles que abandonam o tratamento permanecem como potenciais fontes de infecção.
3	JESUS, I. L. R.; MONTAGNER, M. I.; MONTAGNER, M. A. et al. 2023, Brasil SCIELO	Hanseníase e vulnerabilidade: uma revisão de escopo.	As incapacidades físicas e deformidades que a enfermidade pode gerar acarretam alguns problemas, como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos São responsáveis também pelo estigma e preconceito contra as pessoas acometidas pela doença.
4	LANA, F. C. F. et al. 2014, Brasil LILACS	O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle.	O estigma e a discriminação relacionados a hanseníase foram descritos desde os tempos bíblicos, porém ainda século XXI, os pacientes adotam comportamentos que culminam no medo de serem atendidos pelos profissionais, o que pode acarretar o diagnóstico tardio e abandono do tratamento.
5	G. C.; SIMPSON, C. A. 2017, Brasil BVS	Preconceito, estigma e exclusão social: trajetória de familiares influenciada pelo tratamento asilar da hanseníase	A pessoa atingida pela Hanseníase ainda se sente como diferente e relata sofrimento com autopreconceito e preconceito da sociedade. A discriminação e o preconceito vêm do próprio paciente, devido aos medos, arraigados no passado de isolamento, exclusão social.
6	SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A.2017, Brasil SCIELO	Experiências de cuidado dos enfermeiros às pessoas com hanseníase: contribuições da hermenêutica.	Outro desafio encontrado, é o estigma da hanseníase que existe até hoje
7	SOUZA, R. R. 2022, Brasil SCIELO	Hanseníase e vulnerabilidade social em Barra do Garças - MT	Aspectos envolvidos na produção da vulnerabilidade, muitos dos quais estão fora do alcance decisório individual, como alimentação deficiente, analfabetismo ou escolarização precoce, carência de renda, profunda desigualdade social, desemprego, condições de trabalho insalubres, condições sanitárias inadequadas, situações de violência.
8	SILVA SANTOS, L. et al. 2022, Brasil SCIELO	O impacto dos estigmas sociais e das vulnerabilidades em saúde na vida das pessoas com hanseníase.	A hanseníase também é uma doença considerada de caráter socioeconômico

A incapacidade física não prejudica apenas a parte física, mas também os aspectos sociais e psicológicos dos pacientes e seus familiares, e por falta de conhecimento, existe um forte preconceito, principalmente por ser uma doença que sempre foi estigmatizada (ARAÚJO, SILVA, 2019; JESUS *et al*., 2023).

Para Camalionte, Gascón e Trindade (2022), na hanseníase, o estigma é um fenômeno real, que afeta a vida dos indivíduos nos seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos e representa o conjunto de fatores como crenças, medos,

preconceitos, sentimento de exclusão, aumentando a vulnerabilidade social das pessoas atingidas pela doença.

A hanseníase também é uma doença considerada de natureza socioeconômica, assim, quanto maior o nível de pobreza de uma determinada classe social, maior o risco de contaminação por Hansen, ou seja, existe uma influência considerável nesse aspecto, o que também afeta diretamente a qualidade de vida do indivíduo (CAVALCANTE, LAROCCA, CHAVES, 2020; SOUZA, 2022; SILVA SANTOS *et al*. 2022; SANTANA, SILVA, LIMA *et al*., 2022).

Assis *et al*. (2021), apontam que a hanseníase é um atributo que desvaloriza a pessoa, gerando desigualdade social, reduzindo as oportunidades, impondo a perda da sua própria identidade, a pessoa passa a enxergar-se diferente do modelo que a sociedade impõe, com uma imagem deteriorada, fragmentando a sua cidadania igualmente. Siqueira *et al*. (2019) concordam ao afirmarem que quanto maior a desigualdade em relação à distribuição de renda, haverá um aumento da detecção dos casos de hanseníase.

O estigma e a discriminação associados à hanseníase são descritos desde os tempos bíblicos, mas ainda no século XXI, os pacientes adotam comportamentos de isolamento que culminam no medo de serem atendidos pelos profissionais, o que pode levar ao atraso no diagnóstico e abandono do tratamento (LANA, 2014).

É uma doença carregada de estigmas e preconceitos devido a sua história e crenças que foram atribuídas aos chamados "leprosos". Referidos em passagens bíblicas, relatada como um castigo ou punição (DAMASCO, 2005). Durante a Idade Média, o indivíduo doente era afastado do convívio social e da própria família (JUNQUEIRA, OLIVEIRA, 2002). No Brasil, nas décadas de 1920 a 1960 pessoas com lepra eram isoladas em hospitais-asilos e por lá permaneciam confinadas (CASTRO, WATANABE, 2009), o que muito contribuiu para que o estigma e o preconceito se enraizassem na sociedade.

Outro desafio encontrado foi o estigma da hanseníase que persiste até hoje, e mesmo com mudanças de nomes, avanços na terapêutica integral e na cura da doença, fica claro que a discriminação relacionada à hanseníase não existe apenas fora dos ambientes de atendimento. Os enfermeiros constataram que existe viés também na assistência à saúde, onde muitos profissionais expressam medo e rejeição aos usuários nas consultas, e mesmo com treinamentos bem elaborados, a possibilidade de contaminação no trabalho permeia o imaginário de alguns profissionais, resultando em uma distância de atendimento percebida pelos usuários (PINHEIRO, SIMPSON, 2017; SILVA, PAZ, 2017).

Segundo Mattos e Fornazari (2005), O progresso científico não foi suficiente para aliviar os medos e preconceitos sobre a hanseníase. A história da descoberta de seu patógeno permite tais afirmações. A evidência de sua infecciosidade e contagiosidade levou à teoria de que o isolamento de pacientes leva à extinção da doença, levando à liberdade em grandes instalações de isolamento. Incentivou a adoção de um tratamento restritivo modelo.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental, não se limitando ao tratamento medicamentoso, mas também ao diagnóstico precoce, além de investigação epidemiológica, atendimento sistemático das necessidades espontâneas, prevenção de incapacidades físicas e orientação de medidas educativas para desconstruir o estigma da doença (ARAUJO *et al*. 2016; MASCARENHAS *et al.,* 2021).

Segundo Silva *et al*. (2014), o enfermeiro possui um papel fundamental tanto na prevenção quanto no tratamento da hamseníase, cabe a ele oferecer supervisão

necessária ao paciente durante a ação terapêutica, tirando as dúvidas, fornecendo a dose supervisionada, além de fazer o diagnóstico durante o exame físico. A enfermagem deve estar atenta aos sinais e sintomas, quanto maior atenção às queixas, maiores serão as chances de tratamento (CHAVES et al, 2019).

Também concordam Silva (2014) e Vieira (2015), que a principal prevenção consiste em diagnóstico precoce, tratamento adequado, a atenção em saúde em locais endêmicos, redução da gravidade dos casos vigilância de contatos e tratamento dos infectados. É importante orientar o paciente para que realize o autoexame diário e evite traumatismos, calos, ferimentos e queimaduras.

A educação em saúde da população e a educação permanente dos profissionais de saúde em todos os níveis facilitam a detecção precoce da hanseníase. O acolhimento é uma tática integral para fortalecer os vínculos com os usuários e familiares. A baixa adesão continua sendo uma barreira importante para o controle da hanseníase, pois aqueles que abandonam o tratamento continuam sendo fontes potenciais de infecção. A situação socioeconômica instável é um dos processos que fragilizam a adesão ao tratamento da doença (RODRIGUES *et al.* 2015; CAVALCANTE, 2020).

Nesse contexto, Silva e Paz (2017), Souza *et al.* (2017), as ações de vigilância epidemiológica e ações educativas são descritas como pontuais, fragmentadas, contribuindo para o controle social gradativo da doença, contribuindo também, para o combate às crenças baseadas no senso comum, estigma e preconceitos.

A interrupção do tratamento da hanseníase é um dos grandes desafios dos serviços de saúde, a não adesão ao tratamento significa o risco de transmissão de casos bacterianos detectados, mas não tratados adequadamente, desenvolvimento de incapacidades físicas e até mesmo desenvolvimento de formas resistentes de bactérias melhores opções de tratamento (RODRIGUES *et al*., 2015).

Para Sousa *et al*. (2013), a hanseníase deve ser devidamente diagnosticada e tratada, caso contrário, poderá repercutir em graves alterações físicas, emocionais e sociais e um dos fatores que pode estar associado a tais condições é a não adesão do tratamento pelos pacientes

A assistência do enfermeiro é mecanizada, sem se atentar às orientações do cliente, fundamentais no caso da hanseníase, respeitando todas as doses estabelecidas na terapêutica medicamentosa correspondente à forma clínica que ele propõe. As questões de qualificação e capacitação do enfermeiro são muito relevantes, porém, para atingirem seu objetivo de contribuir para o real aprimoramento da profissão, precisam focar nas dificuldades que enfrentam, sejam elas relacionadas ao diagnóstico precoce, busca ativa, tratamento e /ou devido ao estigma do preconceito ainda generalizado (OLIVEIRA *et al*., 2021).

Conforme Oliverio *et al.* (2021), boa parte dos profissionais ainda não tem tido acesso a treinamentos voltados para a capacitação destes na prestação de uma assistência eficiente aos pacientes acometidos pela Hanseníase. e em consequência disso, são poucos os que tem realizado a educação em saúde, com a equipe multidisciplinar, o que reflete a necessidade de maiores incentivos quanto a capacitação e treinamento das equipes de saúde, em especial o Enfermeiro.

Para Cavalcante; Larocca e Chaves (2020), ao considerar a hanseníase um agravo histórico e socialmente negligenciado e que a ausência de diagnóstico não significa ausência da doença, reforça-se a importância deste estudo, por sua abordagem pouco

usual e as relevantes contradições apontadas que abrem espaços para análise de estratégias de superação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É certo que a Hanseníase é uma doença incapacitante que causa grande prejuízo para as atividades da vida diária e as relações interpessoais. Diante deste fato, o paciente e a doença devem ser tratados com uma abordagem multidisciplinar e ações que visem não só o controle da transmissão, mas também a prevenção de incapacidades.

Os desafios aqui apresentados apontam as fragilidades da rede de atenção à saúde para alcançar a redução da carga da doença e a necessidade de políticas públicas efetivas para o enfrentamento de doenças determinadas pelas desigualdades sociais, como a hanseníase. Desta forma, esta pesquisa contribui para reafirmar que a prática do enfermeiro na atenção primária exige do profissional a competência para tomar decisões, viabilizando a equidade, sendo imprescindível reconhecer que o cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade requer uma visão direcionada cada vez mais integral, humanizada, acolhedora e com o fortalecimento da participação do usuário em todo o tratamento.

REFERÊNCIAS

[1] ARAÚJO, D. A. L. et al. Caracterização da qualidade de vida de pessoas com hanseníase em tratamento ambulatorial Characteristics of people of quality of life with leprosy in outpatient treatment. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 5010-5016, 2016.

[2] ARAÚJO, M. G.. Hanseníase no brasil. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, v. 36, p. 373-382, 2003.

[3] ARAÚJO, N. M.; STORER, J. M.; BURIN, E. A. et al. Acesso dos doentes de hanseníase na atenção primária à saúde: potencialidades, fragilidades e desafios. **Hansen Int**; 41(1-2): 7283, 2016.

[4] ARAÚJO, S. M; SILVA, L. N. Vulnerabilidades em casos de hanseníase na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública** Goiás "Cândido Santiago" v.5, n.3, p.3850, 2019.

[5] ASSIS, D. O. T.; TAVARES, C. M.; ALCÂNTARA, R. A. A. et al. Impacto no cotidiano das pessoas com a manifestação de hanseníase na região de cabeça e pescoço. Research, Society and Development, v. 10, n. 8, e54210817715, 2021

[6] BORBA, S. M. L. S. Vigilância epidemiológica da hanseníase na atenção básica: o caso do município de Itaboraí, região metropolitana do Rio de Janeiro. **FIOCRUZ**, 2015.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Prático sobre a** BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Hanseníase**. [online]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em http://portalsinan.saude.gov.br/hanseniase

[9] CAMALIONTE, R. G.; GASCON, M. R. P.; TRINDADE, M. A. B. Convivendo com a Hanseníase: A percepção de pacientes sobre o estigma da doença. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, 2022.

[10] CASTRO, S. M. S. D.; WATANABE, H. A. W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **História, Ciências, Saúd eManguinhos**, 16, 449-487. (2009).

[11] CAVALCANTE, M. D. M. A.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N. Múltiplas dimensões da gestão do cuidado à Hanseníase e os desafios para a eliminação. **Rev. Esc. Enferm.**, v 54, 2020.

[12] CHAVES, A. S. C., JESUS, L. M., LOPES, D. A. et al. Práticas e saberes dos cuidadores de idosos com Alzheimer: a invisibilidade do enfermeiro. **Revista Uniabeu**, 12(30). (2019).

[13] DAMASCO, M. S. História e memória da hanseníase no Brasil do século XX: o olhar e a voz do paciente. **Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. (2005).

[14] DIAS, Regina Célia; PEDRAZZANI, Elisete Silva. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 753-756, 2008.

[15] EIDT, Letícia Maria. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 76-88, 2004.

[16] FIGUEIREDO, I. A. et al. O plano de eliminação da hanseníase no Brasil em questão: o entrecruzamento de diferentes olhares na análise da política pública. 2006.

[17] JESUS, I. L. R.; MONTAGNER, M. I.; MONTAGNER, M. A. et al Hanseníase e vulnerabilidade: uma revisão de escopo. **Ciênc. saúde coletiva** 28 (01), 2023

[18] JUNQUEIRA, T. B.; OLIVEIRA, H. P. D. Lepra/hanseníase-passado-presente. **Ciência, cuidado e saúde**, 1(2), 263-266. (2002).

[19] LANA, F. C. F. et al. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 3, p. 556-565, 2014

[20] LOPES, Viviane Aparecida Siqueira; RANGEL, Etuany Martins. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 817-829, 2014.

[21] LYON, S.; GROSSI, M. A. F. **Hanseníase: avanços e desafios**. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.

[22] MASCARENHAS, José Marcos Fernandes et al. A importância das ações realizadas pelo enfermeiro no controle da hanseníase: revisão integrativa. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, p. e25619-e25619, 2021.

[23] MATTOS, D. M.; FORNAZARI, S. K. A lepra no Brasil: representações e práticas de poder. **Cadernos de ética e filosofia política**, v. 1, n. 06, p. 45-58, 2005.

[24] OLIVEIRA, F. A. et al. O Enfermeiro da Atenção Primária no acompanhamento e tratamento da Hanseníase. **AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH**, v. 9, n. 3, p. 44-57, 2021.

[25] OLIVEIRA, S. B. et al. Avaliação do nível de informação sobre hanseníase de profissionais da estratégia saúde da família. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 3, 2018.

[26] OLIVÉRIO, Jaqueline Martins et al. Hanseníase: uma análise dos dados epidemiológicos Leprosy: an analysis of epidemiological data. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 16088-16099, 2021.

[27] PINHEIRO, M. G. C.; SIMPSON, C. A. Preconceito, estigma e exclusão social: trajetória de familiares influenciada pelo tratamento asilar da hanseníase. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2017

[28] REES, R. J. W.; MCDOUGALL, A. C. Airborne infection with Mycobacterium leprae in mice. **J. Med. Microbiol.** v.10, p.63-68, 1977

[29] REIS, M. R. et al. Vivência de enfermeiros da atenção básica. **Rev Saúde em Foco**, v 2, n 2, 2015.

[30] RIBEIRO, Mara Dayanne Alves; SILVA, Jefferson Carlos Araujo; OLIVEIRA, Sabrynna Brito. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação.

[31] RODRIGUES, F. F.; CALOU, C. G. P.; LEANDRO, T. A. et al.. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, 2015

[32] SANTANA, J. S.et al. O papel do enfermeiro no controle da hanseníase na atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e51811427664-e51811427664, 2022.

[33] SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 61, p. 738743, 2010.

[34] SAVASSI, L. C. M. et al. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. 2010.

[35] SILVA, A. H. O papel do enfermeiro na promoção de saúde e prevenção de hanseníase. **UFMG**, 2014.

[36] SILVA SANTOS, L. et al. O impacto dos estigmas sociais e das vulnerabilidades em saúde na vida das pessoas com hanseníase. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e584111234908-e584111234908, 2022.

[37] SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Experiências de cuidado dos enfermeiros às pessoas com hanseníase: contribuições da hermenêutica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 435-441, 2017.

[38] SILVA, R.; SANTANA, S. C.. Desafios ao diagnóstico da hanseníase na estratégia de saúde da família. 2020.

[39] SIQUEIRA, T. S.; CELESTINO, A. O.; SANTOS, A. H. C. et al. Indicadores epidemiológicos da hanseníase em Sergipe: um olhar para os determinais sociais da saúde.

[40] SOUSA, R. R. Hanseníase e vulnerabilidade social em Barra do Garças – MT. UFU, 2022

[41] SOUZA, CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Rev USO**, v30: 325-334, jul./set. 1997.

[42] URSI, E. S. Prevenção de Lesões de Pele no Perioperatório: Revisão Integrativa da Literatura (2005).

[43] VIEIRA, N. F. Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da Hanseníase no município de Betim, Minas gerais. **Escola de enfermagem da UFMG**. 2015.

[44] YAMANOUCHI, AA; CARON, CR; SHIWAKU, DT. Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. **An bras Dermatol**. [s. l.], v. 68, p. 396-404, 1993.

CAPÍTULO

14 Condutas do enfermeiro frente ao paciente com esquizofrenia: revisão narrativa

Elizamara Lima de Moraes[1], Graciana de Sousa Lopes[2]

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental que apresenta sintomas específicos, permitindo a classificação dos pacientes afetados. A melhoria na qualidade de vida desses pacientes está relacionada aos avanços no tratamento da esquizofrenia. Embora sua causa seja desconhecida, a esquizofrenia é uma síndrome clínica que pode ser desencadeada por diversas causas e abranger vários sistemas (LOPES; BURIOLA, 2016).

A enfermagem desempenha um papel fundamental na assistência ao paciente esquizofrênico, atuando em todos os níveis de atenção e em conjunto com a equipe multidisciplinar para promover a evolução dos casos e a adesão ao tratamento. Isso contribui para a redução da sobrecarga dos familiares e proporciona tranquilidade e segurança para todos os envolvidos (REIS, 2021).

Os enfermeiros são essenciais para atender os pacientes esquizofrênicos e são responsáveis por estabelecer a ligação entre o paciente, os profissionais da equipe de saúde e seus familiares. A equipe de enfermagem, em colaboração com a equipe multidisciplinar, tem um papel crucial na reabilitação do paciente e na orientação dos cuidadores familiares, garantindo a assistência à saúde e o acompanhamento adequado do portador da doença (SPAGOLLA, 2021).

De acordo com Silva et al. (2018) e Silva et al. (2020), a assistência de enfermagem aos pacientes com esquizofrenia deve ser baseada em teorias fundamentadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Humanização, considerando as necessidades e direitos dos pacientes como seres humanos, a fim de alcançar a qualidade e fornecer cuidado humanizado. O enfermeiro desempenha um papel fundamental no cuidado ao paciente esquizofrênico, pois identifica os sinais e sintomas e avalia as necessidades do indivíduo, trabalhando junto com a equipe interdisciplinar para criar um Plano Terapêutico Singular (PTS) que se concentre na particularidade de cada caso, visando a melhor qualidade de vida (MORAIS, 2021).

Ao identificar as necessidades de saúde mental dos pacientes, é possível traçar potenciais diagnósticos que apoiem a elaboração da sistematização de enfermagem, analisando os fatores de risco, sinais, sintomas e possíveis causas que provocam agravos (TEIXEIRA et al., 2020). A esquizofrenia é um transtorno mental grave e persistente que afeta as emoções, o pensamento, as percepções e o comportamento das pessoas, constituindo um grande problema de saúde pública, especialmente entre os adultos jovens (SPAGOLLA, 2021).

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: elizamarah@hotmail.com
[2] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

Embora a esquizofrenia seja pouco incidente, o efeito acumulativo pode ser grave epersistente, com impacto significativo na vida do paciente. Os efeitos estão relacionados aquestões como sexualidade, organização de recursos para gerir o dia a dia e prejuízo sociofuncional relevante (LEITE, 2021). A assistência de enfermagem pode reduzir o impacto na vida do paciente, priorizando o contato constante com o paciente e seu entorno, favorecendo possibilidades de manejo que contemplem ações tanto individuais quanto coletivas, além do diagnóstico precoce (LIMA, 2016).

Portanto, o objetivo desse estudo é discutir o papel do enfermeiro na assistência aopaciente com esquizofrenia. Delimitou-se também os objetivos específicos do estudo que são: descrever os cuidados do enfermeiro frente ao paciente com esquizofrenia e discutir as dificuldades do enfermeiro no cuidado ao paciente com esquizofrenia.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. SAÚDE MENTAL

As pessoas com transtornos mentais, de modo geral, durante este tempo não possuíam um tratamento voltado para a patologia, pois, até então essa condição não era reconhecida como uma doença. Assim, as pessoas ou eram cuidadas pelas suas famílias, nas Santas Casas de Misericórdias, ou ficavam largadas nas ruas, até serem exiliadas e separadas da sociedade. No entanto, as casas não conseguiam atingir toda a população, assim, as pessoas passavam a irem para os asilos que acolhiam. Este local, diferente das santas Casas de misericórdia, não possuíam o cunho de cuidar ou era um ambiente humanizado, ao contrário, os asilos serviam somente para isolar esta parte da população, pois, nesta época o isolamento era visto como um meio de tratar os “alienados mentais” (PICCININI, 2020).

Dessa forma, vale ressaltar o conceito de saúde mental, pois, o transtorno mental, irá ser justamente uma desordem. Assim, a Organização Mundial da Saúde define a saúde mental como um estado de equilíbrio entre o indivíduo e o meio sociocultural, o qual ele está inserido e a forma como percebe as coisas interiormente, o que garante a ele um nível de satisfação e alguma qualidade de vida. Contudo, quando esse estado de equilíbrio é afetado, há um impacto em todas as atividades e ambientes, como trabalho e convívio familiar (BRASIL, 2021).

No século XX, com a revolta sanitária, e a busca de uma assistência mais eficaz, surge a Reforma psiquiátrica, a qual, buscava desmistificar a forma como essas pessoas eram vistas e tratadas. Ao longo do tempo e vários marcos na história, a luta buscou a desinstitucionalização dos pacientes, buscou “uma sociedade livre de manicômios”. A partirdo final da década de 80 que surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, e logo após, outras iniciativas voltadas para a saúde mental começaram a surgir.Em 1988, ocorre a constituição do Sistema Único de Saúde, trazendo uma nova perspectiva para a autonomia e o desenvolvimento das políticas de saúde (AMARANTE; NUNES, 2018).

Após a reforma psiquiátrica, ocorreu a transformação do modelo de atenção à saúde mental, decentralizando e transferindo o tratamento hospitalar, para umared ambulatorial e comunitária de atenção psicossocial. A desinstitucionalizaçãoganha forças à medida que a reforma psiquiátrica substitui o modelo manicomial pelos serviços comunitários (PEREIRA, 2021).

Na maioria das vezes o estado de desequilíbrio e estresse mental é enfrentado com resultado positivo pelo indivíduo, assim conseguindo reestabelecer suas emoções e interações biopsíquicas e sociais. Porém, quando isso não acontece, o indivíduo entra em um estado de sofrimento mental que será somatizado com as 20 interpretações negativas de si e das coisas ao seu redor, podendo gerar diversos sintomas emocionais e físicos (CAMPOS; FEITOSA, 2018).

Com o histórico sobre a percepção e tratamento dos transtornos mentais, é possível perceber a forma como esse assunto não era dado importância como uma doença. Em contrapartida, atualmente, as informações e difusão do cuidado com a saúde mental vem aumentando rapidamente, ao mesmo tempo que pessoas são diagnosticadas com algum tipo de transtorno. A cada 10 pessoas, uma provavelmente desenvolverá algum tipo de transtorno mental, fazendo com que o problema se torne de grande preocupação na saúde global (CASTRO et al., 2019).

Nesse interim, os transtornos mentais ou transtorno de ordem psíquicas é caraterizado como sendo qualquer anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica e/ou mental. Assim, essa temática acaba abordando várias áreas do conhecimento como a psicologia, filosofia, psiquiatria, e a neurologia, o que, gera também uma necessidade de uma assistência complementar (HORELLANA et al., 2020).

Em contexto geral, pessoas que convivem com algum tipo de transtorno mental apresentam sintomas como irritabilidade, problemas com sono, dor de cabeça, nervosismo,fadiga, falta de concentração, esquecimento, que na maioria das vezes são sintomas inespecíficos. Estes sintomas são caracterizados como depressivos, ansiosos ou somáticos que estariam ligados a exacerbação dos sintomas já apresentados. Vale ressaltar que tais transtornos são determinados por um conjunto emocional, psicológico e físico gerado no indivíduo de acordo com a percepção que ele tem das coisas internas como por exemplo o transtorno da esquizofrenia (FIOROTTI et al., 2020).

2.2. ASPECTOS RELACIONADOS A ESQUIZOFRÊNIA

De acordo com Nunes (2020), a Esquizofrenia é um transtorno mental complexo que envolve diversas manifestações psicopatológicas, afetando o pensamento, a percepção, aemoção, o movimento e o comportamento do indivíduo. As manifestações clínicas da doença são variadas e podem mudar ao longo do tempo, apresentando sintomas óbvios como alucinações, e outros mais sutis, como achatamento afetivo ou incongruência, que podem passar despercebidos por um observador desatento (MORAIS, 2021).

Os suicídios, acidentes e outras patologias associadas são as principais causas de morte relacionadas à Esquizofrenia, devido às suas manifestações. Outros fatores de risco incluem o uso de drogas, baixa adesão ao tratamento, baixa autoestima, estresse, desesperança, isolamento, depressão e eventos negativos na vida do paciente. O portador de Esquizofrenia também apresenta problemas cognitivos, como dificuldade de abstração, déficit de memória, comprometimento da linguagem e dificuldade de aprendizado. Essa combinação de sintomas causa grande sofrimento psíquico, afetando as relações familiares, profissionais e sociais do paciente (GERALDI, 2015).

Quadro 1 - Subtipos de esquizofrenia.

TIPOS	DESCRIÇÃO
EsquizofreniaParanóide	Definida pela presença de ideias delirantes, consequentemente de perseguição, em geral seguida de alucinações e de perturbações e percepções. Seus portadores são sujeitos tensos, desconfiados, hostis e muito agressivos, podendo cometer ações de violência.
EsquizofreniaHebefrênica	Caracteriza-se pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos. Ainda que, opensamento édesorganizado, o discurso incoerente e há uma tendência ao isolamento social.
EsquizofreniaCatatônica	Apresentada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem mudar entre extremostais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo.
EsquizofreniaResidual	É definida pela presença persistente de sintomas "negativos", como mudanças no comportamento, nas emoções e na interação social, embora não inevitavelmente irreversíveis e não com a mesma frequência dos outros tipos de esquizofrenia.

Fonte: Nunes et al. (2020).

A prevalência do transtorno esquizofrênico é igual entre homens e mulheres. Porém,o problema se inicia precocemente nos homens, entre 10 e 25 anos, e geralmente a primeira internação acontece antes dos 25 anos. Já nas mulheres, a idade de maior pico da prevalência da doença é entre 25 e 30 anos, o que faz com que o prognóstico seja mais favorável em relação aos homens, por ter um início mais tardio. A manifestação da esquizofrenia pode ser de forma insidiosa ou aguda, sendo que a fase prodrômica é indicada por isolamento social e vivências com ausência de respostas emocionais (CARVALHO, 2018).

Essa patologia afeta cerca de 1% da população mundial e frequentemente inicia-seentre o fim da adolescência e por volta dos 30 anos. O início pode ser gradual ou agudo, eapesar da maioria das pessoas apresentar um desenvolvimento lento e manifestar muitossinais e sintomas, pode ou não ser antecedido de um evento estressante (MORAIS, 2021).Os sinais e sintomas da esquizofrenia podem variar de pessoa para pessoa, mas geralmente incluem delírios, alucinações, pensamentos desordenados, falta de expressão emocional, falta de motivação e dificuldade em manter a atenção. Esses sintomas podem ser tão graves que interferem significativamente na capacidade da pessoa de se relacionar com os outros e de cuidar de si mesma (MORAES, 2018).

De acordo com o DSM-5 (2019), (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), os critérios diagnósticos para a esquizofrenia incluem dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado oucatatônico, sintomas negativos (como falta de emoção ou motivação) e duração dos sintomas por pelo menos seis meses.

Existem diversas abordagens de tratamento para a esquizofrenia, que incluem medicamentos antipsicóticos, psicoterapia e terapia ocupacional. O tratamento deve ser individualizado e ajustado de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa (SANTOS, 2020).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa que corresponde a um método em que é possível selecionar materiais já elaborados, como livros, artigos científicos e publicações de órgãos oficiais. Este método é conjugado com fins de pesquisas exploratórias, pois permite ao autor alcançar uma maior compreensão sobre o contexto analisado, sendo possível conhecer estudos existentes (SANTOS, 2017).

Os dados foram coletados através de pesquisas realizadas em bases de dados eletrônicas: Scielo (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: enfermeiro e assistência ao paciente com esquizofrenia; práticas de cuidados.

Como critérios de elegibilidade, foram selecionados artigos originais, disponíveis gratuitamente e integralmente. Os artigos selecionados foram publicados em idiomas português e inglês, no período de 2018 a 2023, abordando o contexto estabelecido nesta pesquisa.

Os critérios de inelegibilidade foram artigos em formatos de resumos, monografias, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Os artigos selecionados foram avaliados com base nos critérios de elegibilidade e inelegibilidade, com a análise inicial dos títulos e posteriormente a análise dos resumos decada pesquisa. Por último, foi feita a leitura integral dos artigos selecionados, coletando informações para a composição da pesquisa diretamente das bases de dados utilizadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. CATEGORIA I: DIFICULDADES DO ENFERMEIRO AO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO

Martins et al. (2018) e Rosa et al. (2021) concluíram que muitos enfermeiros apresentam deficiências de conhecimento, medo e insegurança no cuidado ao portador de esquizofrenia, o que impede a prestação de cuidados adequados. É necessário repensar a abordagem aos pacientes com esquizofrenia, inclusive com seus familiares, para oferecer ações terapêuticas mais apropriadas.

A negligência na atividade de enfermagem é percebida em decorrência da falta de conhecimento específico para manter a comunicação e os cuidados rotineiros com pacientes que apresentam a patologia em questão (SANTOS, 2021).

Reis et al. (2021) e Cardoso et al. (2020) destacaram a importância de ações como capacitação, educação permanente e trabalho em equipe para que os profissionais de enfermagem possam renovar seus conhecimentos e prestar assistência adequada. A falta de formação especializada pode levar à replicação de práticas profissionais contrárias aos princípios da reforma psiquiátrica. É fundamental que os profissionais de enfermagem se especializem e coloquem em prática o conhecimento adquirido para prestar assistência direcionada e correta aos pacientes.

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico complexo que causa déficits sociais e cognitivos, como distorções do pensamento, percepção de si, delírios e alucinações. Os portadores do transtorno têm dificuldade em manter relações interpessoais normais, empregos e atingir metas educacionais. A esquizofrenia é considerada de origem endógena e pode levar à invalidez psíquica. (COSTA, 2017).

Dias et al., (2022) e Miasso et al (2019), o cuidado ao paciente com esquizofrenia pode apresentar diversas dificuldades. Algumas das principais são: Adesão ao tratamento: Muitos pacientes com esquizofrenia apresentam dificuldades em aderir ao tratamento prescrito, seja pela falta de consciência sobre a importância da medicação. Estigma: A esquizofrenia ainda é uma doença que carrega muito estigma, tanto na sociedade em geral quanto no ambiente de saúde. Sintomas negativos: (ARAÚJO, 2019).

De acordo com Cardoso et al., (2020), e Nascimento et al., (2020), evidenciaram que a falta de profissionais de enfermagem treinados e capacitados é uma das grandes barreiras a serem vencidas quando se fala de cuidados em psiquiatria, bem como a falta de recursos humanos pode levar a sobrecarga de trabalho, o que pode resultar em cuidados inadequados e falta de acompanhamento eficaz dos pacientes com esquizofrenia. O sistema público de saúde pode ter uma limitação significativa no número de enfermeiros especializados em saúde mental, o que pode aumentar a carga de trabalho e afetar a qualidade do atendimento.

Em conclusão, as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro ao lidar com pacientes esquizofrênicos são muitas e complexas. O tratamento desta doença mental exige uma abordagem multidisciplinar e uma compreensão profunda das necessidades e desafios enfrentados pelos pacientes. Os enfermeiros devem estar preparados para lidar com a falta de adesão ao tratamento, as alterações comportamentais e os sintomas psicóticos apresentados pelos pacientes. Além disso, eles precisam de habilidades de comunicação eficazes para lidar com as crenças delirantes e alucinações dos pacientes. A formação adequada e o apoio institucional são cruciais para ajudar os enfermeiros a superar essas dificuldades e oferecer cuidados de qualidade aos pacientes esquizofrênicos.

4.2. CATEGORIA I: CUIDADOS DO ENFERMEIRO AO PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA

Os autores Lima et al. (2016) e Silva (2020) destacaram que a forma como os profissionais de enfermagem da unidade de internação psiquiátrica deste hospital geral percebem os pacientes esquizofrênicos está intimamente relacionada com a maneira como eles prestam cuidados. Tanto na categoria cuidar quanto na categoria sentir, os profissionais reconhecem que o cuidado pode ser desenvolvido por meio do estabelecimento de uma relação com o paciente. Não é apenas por meio de técnicas hospitalares ou ambulatoriais que se promove o cuidado de enfermagem, especialmente considerando que a reforma psiquiátrica permitiu que os pacientes esquizofrênicos convivessem em família e na sociedade. Elementos como respeito, escuta atenta, vontade de interagir, vínculo e confiança são essenciais na prestação de assistência qualificada, especialmente para pacientes com problemas psicológicos.

No que diz respeito ao papel do enfermeiro no tratamento aos pacientes com esquizofrenia, percebemos que este profissional, quando atuante, realiza suporte, não só ao paciente, mas também a família que acompanha o processo de adoecimento de seu ente amado. Isso nos reporta a necessidade de haver o fortalecimento entre os vínculos do paciente com transtorno, a família e a sociedade, para uma melhor adesão ao tratamento (LOPES, 2016).

Spagolla (2021) e Cardoso (2020), ressaltam que o apoio dos profissionais de enfermagem é imprescindível para prover condições para que os responsáveis por cuidar desse paciente sejam capazes de criar mecanismos que amparem esta prática. É fundamental valorizar a família no eu papel de cuidadora, principalmente pelo seu

envolvimento no processo terapêutico na recuperação do doente para inclui-los ativamentena sociedade por meio de tratamento eficiente e uma relação positiva com a equipe de saúde promoverá uma qualidade de vida para todos os envolvidos. Concluíram que a abordagem do enfermeiro a pacientes portadores de esquizofrenia e seus familiaresé peça imprescindível no acompanhamento e tratamento, visando melhor qualidade do atendimento e tem papel fundamental como mediador.

A assistência de enfermagem será direciona da aos pacientes de forma sistematizada e correta somente quando os profissionais atuantes se especializarem colocando em prática o conhecimento adquirido. Percebe-se que os profissionais de enfermagem negligenciam a sua atividade devido à característica da patologia e a falta de conhecimento específico para manter a comunicação e os cuidados rotineiros (ALVES, 2019).

Zanetti et al., (2019) e D'assunção, (2018) concluíram que o cuidado de enfermagem ofertado aos usuários com esquizofrenia na APS que envolvem avaliação da sintomatologia da esquizofrenia, a identificação dos sinais de crise e recaídas, as avaliações de risco para outras comorbidades, o acompanhamento do tratamento clínico, a utilização de abordagem centrada na pessoa com utilização de agenda, o estímulo a autonomia, o registro de informações acerca da assistência integral, atividades de inserção social, orientações básicas de rotina e utilização de estratégias de promoção de saúde com enfoque na adoçãode estilos de vida saudáveis.

Por fim, as ações de enfermagem devem atingir a família e as relações sociais do portador de esquizofrenia, com vistas a garantir sua permanência no seio familiar e social, bem como aumentar as possibilidades de interação social. Afinal, o relacionamento social favorável é um tratamento importante no combate a essa patologia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi possível compreender a percepção dos profissionais de enfermagem na assistência ao paciente esquizofrênico, por meio da análise das categorias: cuidados de enfermagem e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados a pacientes com esquizofrenia. É necessário implantar a sistematização de enfermagem em ambientes que atendam a esses pacientes, uma vez que esse processo ainda não é trabalhado. Isso contribuirá para o desenvolvimento terapêutico dos pacientes, pois o enfermeiro é capaz de identificar seus anseios, elaborar planos de cuidado e observar se esses planos estão produzindo os resultados esperados.

Em conclusão, o cuidado do enfermeiro ao paciente com esquizofrenia é essencial para promover uma vida saudável e de qualidade para esses indivíduos. O enfermeiro desempenha um papel fundamental no tratamento dessa doença mental, pois é responsável por monitorar o estado de saúde dos pacientes, administrar medicamentos e terapias, além de orientá-los e educá-los sobre a importância da adesão ao tratamento. Além disso, o enfermeiro deve estar preparado para lidar com situações de crise, oferecendo suporte emocional e intervenções adequadas para evitar a ocorrência de comportamentos violentos ou autolesivos.

É importante ressaltar que o cuidado ao paciente com esquizofrenia não se limita apenas ao tratamento dos sintomas da doença, mas também à promoção da saúde mental e física desses indivíduos. Para isso, é fundamental que o enfermeiro trabalhe em parceria com a equipe multidisciplinar, buscando um tratamento integral e individualizado para

cadapaciente. Em resumo, o cuidado do enfermeiro ao paciente com esquizofrenia é de extrema importância para a recuperação e melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

[1] ASSUNÇÃO, Cinthia Feliciano et al. A percepção da enfermagem sobre o relacionamentocom os cuidadores dos portadores de Esquizofrenia: o olhar de um serviço de referência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2016.

[2] AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedadesem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva [online].** v. 23, n. 6, p. 2067- 2074, 2018.

[3] BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatóriosobre a Saúde no Mundo 2001 – **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2021.

[4] CARDOSO, Adinea Oliveira; DE CARVALHO, Gilseane Torres; DE MATOS, TainaraSantos. A prática de enfermagem frente aos pacientes portadores de esquizofrenia. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 5, p. e5118-e5118, 2020.

[5] CASTRO-ALZATE PHD, E. S. et al. Modelo explicativo de discapacidad em población contrastornos mentales graves atendida en una institución especializada de la ciudad de Cali (Colombia). **Rev. Cienc. Salud**, v. 17, n. 3, p. 60-80, 2019.

[6] DIAS DE JORGE, Bianca Stefany; GANEM, Keila Mary Gabriel. PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA E A SOBRECARGA DO CUIDAR. **Revista CESUMAR (Ciencias Humanas e Sociais Aplicadas)**, v. 26, n. 2, 2021.

[7] FIOROTTI, K. P. et al. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 17-23, 2020.

[8] GIRALDI, A.; CAMPOLIM, S. Novas abordagens para esquizofrenia. Cienc. Cult. [online].São Paulo, vol.66, n.2, pp. 6- 8, jun. 2015. Disponível em <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252014000200003&script=sci_arttext> Acesso em: 7 Jun. 2022.

[9] GUSMÃO, Andressa Martins et al. Processos do cuidar em enfermagem com o paciente esquizofrênico. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 4, n. 11, p. 18-22,2014.

[10] HORELLANA, J. D. Y. et al. Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís).**Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 36, n. 2, p. 1-13, 2020.

[11] LEITE, L. P. L.; SANTOS, K. . R. dos; VELOSO , L. C. Nursing Actions Focused on PatientPermanence Schizophrenic Linked to the Psychosocial Care Center CAPS. **Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 10, n. 6, p. e13010615717, 2021.

[12] LIMA, Danielle Uehara de; GARCIA, Ana Paula Rigon Fracischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Compreendendo a equipe de enfermagem na assistência ao paciente esquizofrênico. 2016.

[13] LOPES, Wellington Pereira; BURIOLA, Aline. Esquizofrenia: conceito, epidemiologia e papel da enfermagem na adesão ao tratamento. **Encontro Nacional de Ensino, Pesquisae Extensão, Presidente Prudente**, v. 19, 2015.

[14] MARTINS, Ana Carolina Ribeiro et al. Percepção do enfermeiro na Atenção Primária sobreas pessoas com esquizofrenia. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 8, n. 1, p. 87, 2018.

[15] MORAIS, André Luiz et al. A esquizofrenia e o papel do enfermeiro à adesão no tratamento:Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p.e43810918305-e43810918305, 2021.

[16] NASCIMENTO, Jonas de Oliveira; ANDRADE, Larissa de Souza. Desafios da assistência de enfermagem ao paciente com esquizofrenia, frente às limitações do sistema público desaúde. 2022.

[17] PRÉVE PEREIRA, V.; DA SILVA FRAGA, V.; NUNES, G. Percepção do paciente esquizofrênico quanto às modalidades de atendimento nos serviços de saúde mental. **Global Academic Nursing Journal**, *[S. l.]*, v. 2, n. 2, p. e138, 2021. DOI: 10.5935/2675- 5602.20200138.

[18] PEREIRA, Valdete Préve; DA SILVA FRAGA, Valquiria; NUNES, Gisele. Percepção do paciente esquizofrênico quanto às modalidades de atendimento nos serviços de saúde mental. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n. 2, p. e138-e138, 2021.

[19] PICCININI, W. J. **Voando sobre a História da Psiquiatria**. 2020.

[20] ROSA, D. C. J. .; LIMA, D. M. de .; PERES , R. S. Saúde mental na Atenção Primária: (des)encontros entre enfermeiros e pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, *[S. l.]*, v. 17,n. 4, p. 83-91, 2021. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.176976.

[21] REIS, Diêgo Wilton Ricardo et al. Assistência de Enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e8110716444- e8110716444, 2021.

[22] ROSA, Débora Cristina Joaquina et al. "Paciente-problema": imaginário coletivo de enfermeiros acerca do usuário com diagnóstico de esquizofrenia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

[23] SANTOS, ADELAIDE DOS. Papel do Enfermeiro frente ao cuidado de pacientes esquizofrênicos. 2017.

[24] SPAGOLLA, Kelly Cristina; DE OLIVEIRA COSTA, Marli. A atuação da enfermagem na assistência ao portador de esquizofrenia no ambiente familiar. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e30410716601-e30410716601, 2021.

[25] SILVA, Bruna Eduarda Alves et al. Papel do enfermeiro na assistência ao paciente com esquizofrenia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e300101623918- e300101623918, 2021.

[26] SILVA, Amanda Mendes et al. Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 30, p. 18-25, 2019.

[27] SILVA, A.P.; NASCIMENTO, E.G.C.; PESSOA JUNIOR, J.M.; MELO, J.A.L. "Por trás da máscara da loucura": cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. **Rev. de Psicologia**, v. 31 (1), p. 2-10, 2019

[28] TEIXEIRA, Liane Araújo et al. Necessidades de saúde mental de adolescentes e os cuidados de enfermagem: revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

[29] ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi et al. Cuidado de enfermagem na Atenção Primária à Saúde ao paciente com esquizofrenia. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 10, n. 1/2/3, p. 201-208, 2019.

CAPÍTULO

15 Hiperceratose epidermolítica: um relato de experiência

Janis Ramos Soria Villacrez[1], Simone Kelly Nascimento Pontes, Graciana de Sousa Lopes[2]

1. INTRODUÇÃO

A hiperceratose epidermolítica é doença de ordem genética que implica na queratinização e inicialmente foi descrita sob a sinonímia de eritrodermia ictiosiforme congênita bolhosa. É caracterizada por herança autossômica dominante e mutação espontânea pode ocorrer em 50% dos casos. Geralmente se apresenta ao nascimento com bolhas, eritema e descamação que evoluem para hiperqueratose com ou sem eritroderme. A histopatologia é típica, destacando derme severamente espessada com degeneração vacuolar na epiderme superior (NASSIF; NAKANDAKARI; FOGAGNOLO *et al.,* 2011).

É uma patologia que integra a linhagem das ictioses hereditárias que são geneticamente desencadeadas pela presença de variantes patogênicas em genes relacionados a queratinização ou corneificação da epiderme. As diferentes formas de ictiose são classificadas de acordo com o quadro clínico do indivíduo e são classificadas como variantes raras com prevalência estimada de 1:100.000 a 500.000 (BRASIL, 2021).

Compreende em um grupo heterogêneo de doenças de pele, cuja manifestação cutânea mais comum é a descamação. Caracteriza-se por alterações na queratinização causadas pelo rompimento da rede de queratina 1 e/ou 10, tornando os queratinócitos, principalmente os da epiderme superior, vulneráveis (SOUSA; SALLAS; CRISÓSTOMO *et al.,* 2003).

Um diagnóstico de hiperceratose epidermolítica tem um impacto significativo em muitas áreas da vida do paciente e de sua família e requer um acompanhamento extenso e demorado. Além dos impactos funcionais (por exemplo, dificuldade em regular a temperatura corporal, perda de calorias, mobilidade alterada), há aspectos emocionais e sociais associados à doença. Há relatos de que crianças com ictiose hereditária podem se tornar vítimas de discriminação e *bullying*, o que pode prejudicar ainda mais as interações sociais. Quando adultos, os pacientes apresentam problemas de relacionamento. Um diagnóstico de doença pode influenciar diretamente as decisões sobre questões profissionais ou pessoais (BRASIL, 2021).

Considerando a importância do papel que desempenham os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, e das necessidades que esta patologia traz aos seus portadores vimos a necessidade de salientar os desafios de viver com essa patologia rara.

Assim, este estudo tem como objetivo geral discutir os desafios da assistência ao portador de hiperceratose epidermolítica, a fim de contribuir para o bem-estar e criar condições para promoção de saúde em benefício e melhoria na qualidade de vida dos

[1] Acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CeUni FAMETRO, Campus Manaus-AM
[2] Msc. Enfa. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CeUni FAMETRO, Campus Manaus-AM

mesmos a fim de estimular a melhoria nas ações de enfermagem que venham a contribuir para uma melhor assistência aos pacientes e uma melhor qualidade de vida. Já os específicos são descrever as dificuldades relacionadas ao diagnóstico e tratamento da Hiperceratose Epidermolítica e discutir sobre as ações que visam otimizar a qualidade de vida em portadores de Hiperceratose Epidermolítica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A HIPERCERATOSE EPIDERMOLÍTICA: UMA BREVE ABORDAGEM

A eritroderme ictiosiforme vesicular congênita ou hiperceratose epidermolítica caracteriza-se por alterações na queratinização devido a danos na rede de queratina 1 e/ou 10, que fragiliza os queratinócitos, principalmente na epiderme superior (DiGIOVANA, 1999).

A hiperceratose epidermolítica ou como antes era denominada, eritrodermia ictiosiforme bolhosa congênita, tem incidência de 1/300.000 nascimentos e é transmitida em um padrão autossômico dominante (ELDER, 2001). É uma dermatose rara, com prevalência de 1:100.000 a 1:300.000, de herança autossômica dominante, que acomete igualmente ambos os sexos com altas taxas de mutações espontâneas ocorrendo em até 50% dos casos (HAYASHIDA; MITSU; REIS *et al*., 2015).

Esta patologia é evidenciada ao nascimento ou ao pouco tempo devido à presença de bolhas e eritrodermia. Quando as bolhas estouram, deixam uma parte delicada de pele desprotegida a qual é comumente infectada com bactérias semelhantes a *estreptococos* ou com *estafilococos*. Na adolescência e na idade adulta as bolhas e a eritrodermia tendem a melhorar, mas a hiperqueratose torna-se mais proeminente (MOLINA; VASQUEZ; ARREDONDO *et al.,* 2013).

Podem ser isolados ou constituir síndromes. Os modos de herança variam, assim como os genes para cada tipo específico. A taxa de renovação epidérmica pode distinguir os tipos de ictiose e caracterizá-los como doenças de hiperproliferação epidérmica ou retenção do estrato córneo a longo prazo (VAHLQUIST, 2008).

O processo de queratinização nesta patologia é complexo e não totalmente compreendido. Defeitos em vários estágios ou aspectos desse processo promovem resultados semelhantes, como estrato córneo anormal, descamação, eritema e hiperqueratose. A ictiose adquirida tem muitas causas possíveis, incluindo doenças infecciosas, neoplásicas, medicamentosas, endócrinas, metabólicas e autoimunes (FREEDBERG, 2003).

Os fenótipos variam quanto ao grau de acometimento, presença ou ausência de eritrodermia e acometimento palmoplantar (RATH; GRANDO; CAMPOS *et al.,* 1998). Assim, ceratose epidermolítica devido a mutações pós-zigóticas esporádicas pode apresentar um padrão em mosaico, com áreas de ceratose alternando com pele normal e geralmente seguindo as linhas de Blaschko (MOSS, 1999).

Histologicamente, é caracterizada por hipertrofia epidérmica, hiperceratose densa, aumento de partículas de ceratohialina de formato irregular na camada granulosa e degeneração vacuolar nas camadas espinhosa e granulosa (LEVER; LEVER, 1991).

A hiperceratose epidermolítica é uma doença rara que compromete a qualidade de vida do paciente, pois a epiderme funciona como interface entre o indivíduo e o meio ambiente (HAYASHIDA; MITSUI; REIS *et al.,* 2015).

2.2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERCERATOSE EPIDERMOLÍTICA

O diagnóstico é feito clinicamente, histopatologicamente e às vezes através da biologia molecular. Nas fases iniciais pode ser feito um diagnóstico diferencial com epidermólise bolhosa, síndrome da pele escaldada estafilocócica e necrólise epidérmica tóxica. Nas fases hiperceratóticas, outras ictioses são consideradas, enquanto nas formas localizadas são considerados os nevos epidérmicos (HAYASHIDA; MITSUI; REIS *et al.,* 2015).

O tratamento inclui queratolíticos tópicos como uréia (10% a 20%), emolientes, propilenoglicol associado ao ácido lático 5%, retinóides tópicos e liarozol 5% (inibidor do metabolismo do ácido retinóico); banhos de imersão em sal e hidratação podem ser usados. Outra opção é o uso tópico de hidrato de calcipotriol + dipropionato de betametasona uma vez ao dia nas lesões, no máximo 100g por semana. O uso de PUVA deve ser evitado devido ao risco aumentado de câncer de pele não melanoma. Em alguns períodos pode ser necessário o uso de antibióticos tópicos para *Staphylococcus aureus* e sabonetes antissépticos (TRAUPE; BURDGDORF, 2007; KOHN; LEE, 2013).

A acitretina é a principal droga utilizada em casos generalizados na dose de 0,5-1mg/Kg/dia. A melhor resposta foi observada em pacientes com mutação do gene CK10, ou seja, sem alterações palmoplantares e com melhora significativa da qualidade de vida. O mecanismo de ação dos retinóides ainda é obscuro. Parece gerar mutações na expressão de queratinas suprabasais envolvidas em EHK. O uso de creme de liarozol parece proporcionar benefícios terapêuticos e ser seguro, mas sua vantagem sobre a acitretina é incerta (LI; TORMA, 2013).

O monitoramento contínuo do uso prolongado de retinóide oral é necessário devido às anormalidades esqueléticas e dislipidêmicas já relatadas (NASSIF; NAKANDAKARI; FOGAGNOLO *et al*, 2011).

2.3. DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE AO PORTADOR DE HIPERCERATOSE EPIDERMOLÍTICA

É conhecido que não existe cura para a HE, sendo que seu tratamento visa apenas minimizar os sintomas como descamação excessiva e fissuras, a melhora da restrição do movimento articular e a atenuação das infecções de repetição, sendo o manejo individualizado e personalizado (RUBEIZ; KIBBI, 2003).

Uma das dificuldades encontradas para o manejo e a assistência em saúde da Hiperceratose Epidermolítica (HE) está em observar que a função de barreira da pele ictiósica encontra-se bastante prejudicada, devendo-se sempre considerar a possibilidade de absorção exagerada de medicamentos tópicos. A intoxicação transcutânea por salicilatos é um evento raro, ocorre mais freqüentemente em crianças após aplicação do produto em áreas extensas do corpo, provocando alguns sintomas como febre, dispnéia, alcalose respiratória, oligúria e coma (CHIARETTI; WISMAYER; TORTOROLO *et al.,* 1997).

Outro fator dificultante é a maciça colonização da pele por agentes infecciosos e da facilidade com que ocorre infecção secundária em áreas de fissuras e erupções bolhosas, sendo necessário o emprego da antibioticoterapia (LACZ; SCHWARTZ; KIHICZAK, 2005).

Apesar de terapêuticas específicas, o óbito é muito frequente nas primeiras semanas de vida para bebês arlequim, e com HE, em decorrência de prematuridade,

falência renal e respiratória; além de infecções secundárias após colonização cutânea (GIACOMIN, 2014).

É de suma importância prestar apoio familiar, dado o impacto emocional de receber um bebê nas condições citadas anteriormente. O aconselhamento genético também tem sua importância reconhecida (MARTOS; SATURNINO; BASÁGLIA *et al*., 2015).

2.4. TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: UMA CONTRIBUIÇÃO DE WANDA HORTA – BREVES APONTAMENTOS

Os moldes teóricos ou referenciais conceituais e a teoria de enfermagem são instrumentos que possibilitam operacionalizar a sistematização da enfermagem por meio da aquisição de referenciais teóricos e seu emprego na construção de formas de organização dos processos de enfermagem (NEVES, 2006).

Os modelos teóricos têm contribuído significativamente para o processo assistencial ou de enfermagem quando utilizados como referencial para a organização da assistência. A teoria orienta e melhora a prática proporcionando observações de fenômenos, intervenções de enfermagem e resultados esperados. Uma sistematização de enfermagem baseada em modelo teórico organiza informações e dados do cliente, analisa e interpreta esses dados e fornece um meio para manter e avaliar os resultados do processo de enfermagem (CIANCIARULLO *et al*., 2001).

A sistematização da assistência de enfermagem em território brasileiro teve início com os estudos de. Wanda Horta e demais enfermeiros superaram modelos, linguagens, leis e algumas obrigações nas últimas décadas (CRUZ, 2004).

O modelo teórico de Horta tem fases interligadas e organizadas destinadas a coletar os dados que os enfermeiros precisam para orientar as intervenções de cuidado ao paciente (NEVES, 2006).

O modelo conceitual desenvolvido por Horta é, portanto, baseado na teoria da motivação humana de Maslow, que se baseia no conceito de uma hierarquia de necessidades que influenciam o comportamento humano. Segundo Maslow, a Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas (NHB) é uma teoria que os enfermeiros podem usar na enfermagem para entender as relações entre as NHBs. De acordo com esta teoria, certas necessidades humanas são mais fundamentais do que outras. Ou seja, algumas necessidades devem ser atendidas antes de outras (HORTA, 1979).

Nesse sentido, as NHBs são aspectos, alimentação, água, segurança e amor necessários à sobrevivência e à saúde. A hierarquia das necessidades humanas divide as necessidades básicas em cinco níveis de prioridade. O nível mais básico ou primeiro inclui as necessidades fisiológicas, como ar, água e comida. O segundo nível inclui as necessidades de segurança, incluindo segurança física e psicológica. O terceiro nível inclui as necessidades de amor e companheirismo, como amizades, relacionamentos sociais e amor sexual. O quarto nível inclui as necessidades de auto-estima, como autoconfiança, utilidade, propósito e auto-estima. O nível final é a necessidade de autorrealização, o estado de atingir todo o seu potencial, a capacidade de resolver problemas e lidar de forma realista com as situações da vida. De acordo com esta teoria, as pessoas que têm as suas necessidades plenamente satisfeitas são saudáveis, e as pessoas que têm uma ou

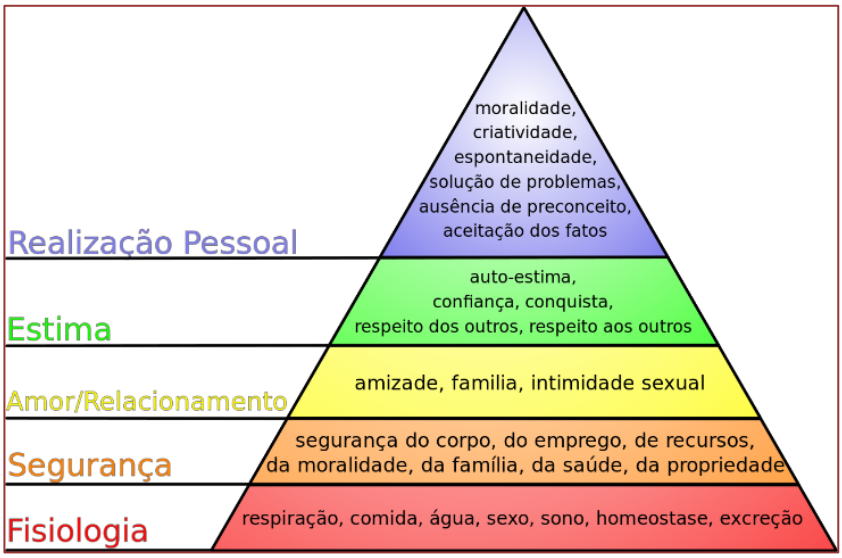
mais necessidades não satisfeitas estão em risco de doença ou insalubridade numa ou mais dimensões humanas (NEVES, 2006).

Horta estabelece relações entre os conceitos de pessoa, ambiente e cuidado. Ao interagir com o universo dinâmico, os seres humanos experimentam estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. O desequilíbrio gera necessidades caracterizadas por estados de tensão conscientes e inconscientes, e leva as pessoas a buscarem a satisfação dessas necessidades para manter o equilíbrio. Porém, quando o conhecimento das necessidades das pessoas é limitado pelo seu próprio conhecimento, é necessária a ajuda de pessoas qualificadas conhecê-los (POTTER; PERRY, 1999).

2.4.1. PIRÂMIDE DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Para Cavalcante (2020), Abraham Maslow, o criador da teoria, descreveu o alto nível de bem-estar é como um estado em que todos os aspectos do funcionamento da pessoa estão equilibrados, determinados e convergem para manter o potencial máximo de saúde, satisfação, ou seja, bem-estar. As necessidades básicas do homem se resumem em comida, água, segurança e amor, sendo necessárias para a qualidade de vida e saúde. Assim, a hierarquia básica para as necessidades humanas está intrinsecamente ligada à qualidade de vida. Abraham Maslow elaborou uma teoria hierárquica (Fig. 01) que engloba: 1. Necessidades fisiológicas 2. Segurança e proteção 3. Amor e posses 4. Auto-estima 5. Realização pessoal.

Figura 01. Pirâmide da Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas



Fonte: LIMA, 2017.

3. MATERIAIS E MÉTODO

Trata–se de um estudo descritivo e qualitativo, do tipo relato de experiência em que conforme Daltro e Faria (2019), é um estudo que permite uma narrativa cientifica capaz de delinear determinada circunstância, trazendo dados impossíveis de serem quantificados em números.

O estudo decorre da experiência ocorrida em âmbito familiar vivenciada desde o ano de 2004. Assim, a seleção desse cenário se justifica pelo vínculo das pesquisadoras na qualidade de cuidadoras ativas de indivíduo portador de Hiperceratose Epidermolítica.

A coleta de dados se deu através do método prático observacional advindo do processo de cuidar de familiar acometido pela patologia supracitada, com auxílio de anotações das experiências diárias sendo, desta forma, possível elencar todo processo de narrativa empírica e científica para delinear o cenário e as vivências, quantificando-os em resultados para a construção deste.

Assim, este conteúdo teve como norte a teoria de Wanda Horta (1979), a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, onde estar com saúde é estar com as necessidades equilibradas, de forma dinâmica, no tempo e no espaço.

Assim, julgou-se pertinente a descrição de uma experiência que integra conhecimentos teóricos e práticos na solidificação de uma aprendizagem científica adquirida nos componentes de formação sobre as ações que visam otimizar a qualidade de vida em portadores de Hiperceratose Epidermolítica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da convivência com uma criança acometida por Hiperceratose Epidermolítica observou-se muitas dificuldades das quais podemos citar as mais relevantes foram catalogadas e serão apresentadas aqui.

Além da própria enfermidade e dos inúmeros problemas enfrentados pelos portadores de doenças raras a falta de diagnóstico é um problema perturbador a esses pacientes, haja vista, falta de conhecimento especifico dos profissionais de saúde. Sabe-se da existência de doenças raras e que o diagnóstico precoce é essencial além de promover uma melhoria na qualidade de vida desse público.

Neste sentido, a Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014, do Ministério da Saúde, em seu Art. 5º, inciso V, assegura o acesso a medidas de diagnóstico e terapêutica que satisfaçam as necessidades das pessoas com doenças raras. (BRASIL, 2014).

As doenças raras, por serem condições incomuns, na maioria dos casos, o diagnóstico definitivo leva muito tempo para ser concluído, em média, 8,47 anos, pois o caminho é longo e tortuoso para obtenção de diagnóstico, além do conhecimento restrito de médicos não geneticistas sobre esses tipos de patologias (LOPES *et al*., 2018).

A Hiperceratose Epidermolítica requer ao paciente e ao núcleo familiar um gasto extra, visando uma melhoria na qualidade de vida do mesmo, além do elevado investimento em medicações que não são fornecidas pelo SUS, dermocosméticos e vestuário apropriado. Do ponto de vista na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, observa-se de acordo com a pirâmide de Maslow, a necessidade de Segurança é um importante componente de cuidado familiar, sendo expresso através de apoio social para as necessidades biopsíquicas e sociais do indivíduo com Hiperceratose Epidermolítica.

Santos *et al*. (2021), contribuem dizendo que as doenças dermatológicas têm um impacto importante na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, com consideráveis encargos pessoais, sociais e financeiros para a família e a comunidade.

Apesar de a atenção integral aos portadores de doenças raras ser garantida por lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a disponibilização de insumos terapêuticos, como cremes, loções e outros dermocosméticos, porém na prática essa realidade não ocorre e é outro fator observado o que gera um enorme impacto na vida cotidiana tanto do paciente como na de sua família.

O paciente e a sua família sofrem impacto do ponto de vista físico, financeiro, emocional e social, urgindo a necessidade de construção de uma pauta contínua sobre as doenças raras que seja capaz de promover o acesso universal e integral ao Sistema Único de Saúde (SUS) (HENRIQUE, 2021), ademais as doenças raras demandam de serviços especializados e de medicamentos especiais que geralmente são de alto custo, sendo que diversas vezes só é possível sua obtenção por meios judiciais, pois embora o SUS forneça a medicação, nem sempre está disponível (LUZ; SILVA; DEMONTIGNY, 2015).

No que cerne a hidratação da cútis observou-se que o processo natural não é eficaz, produzindo aspecto descamativo, com presença de fissuras, comprometendo a elasticidade normal da pele, passando o paciente a necessitar usar hidratantes especiais, ou seja, dermocosméticos, principalmente nas áreas cuja espessura era mais avantajada.

De acordo com Nassif *et al.* (2011), a maioria dos tipos de ictiose apresenta descamação importante, podendo não apresentar melhora com cremes hidratantes ou queratolíticos.

Um outro agravo também observado é a presença de processos alérgicos, uma vez que do desmame até os 3 anos de idade foi uma fase muito difícil em virtude da inserção de novos alimentos o que acarretou em inúmeros episódios alérgicos desencadeando no aparecimento de bolhas, hiperemia e prurido no corpo todo. De modo geral as bolhas também surgiam após pequenos traumas ou quando o humor oscilava entre o nervoso ou ancioso. Tais manifestações bolhosas infeccionavam de forma muito rápida. Nos tempos atuais ainda pode-se vislumbrar quadros de alergia, principalmente em relação a cosméticos como o perfume e a produtos de limpeza.

Conforme disposto por Couto (2012), essa patologia manifesta-se, também, ao nascimento, com eritrodermia e bolhas, por toda a superfície corporal. Dentro de semanas, após o nascimento, há o desenvolvimento de hiperqueratose, particularmente, nas zonas de extensão das articulações.

Para Araújo, Torres e Carvalho (2019), as alergias são caracterizadas pela reação adversa do organismo proveniente de uma resposta imunológica a determinados fatores. Os alérgenos classificam-se como componentes específicos de uma determinada substância ou ingredientes da sua composição. Assim, a reação alérgica é ocasionada por células imunológicas específicas para os alérgenos, havendo sobretudo um aumento na produção de imunoglobulinas.

Couto (2012), também aponta que outras características apresentadas por estes doentes incluem: a presença, frequente, de eritema e prurido; o desenvolvimento de bolhas pós-traumáticas; e uma propensão aumentada ao desenvolvimento de infeções/impetigo.

Outro fator que fora vislumbrado foi a alteração na espessura da pele, sendo que a partir dos 4 anos de idade a ocorrência das erupções bolhosas foi diminuindo surgindo, então, o aumento na espessura da pele o que causava um desconforto considerável, comprometendo, com isso a auto regulação térmica da pele causando uma sensação de calor.

Para Couto (2012), o engrossamento se dá pelo desenvolvimento de numerosas placas descamativas, eritematosas, que vão aumentando, lentamente. Atente-se que a descamação nessa patologia é generalizada, porém mais proeminente nas áreas de fricção, como é o caso das áreas articulares.

Algumas restrições como alimentação bem seletiva, evitando o consumo de frutos do mar, alterações no estilo de vida como não se expor ao sol ou banhar-se em piscinas ou em água do mar também foram identificados, uma vez que causavam sequidão à pele.

Ramos, Lyra e Oliveira (2013), afirmam que um fator importante na exclusão de alimentos ou substâncias ou, até mesmo de outros fatores a pacientes com potencial evolução alérgica é que mesmo que certas proteínas não pertençam a uma mesma classificação taxonômica, elas podem ter sequência de aminoácidos similar.

O preconceito foi outro agravo muito observado, pois as doenças de pele, devido as suas características, causam impacto e atraem olhares curiosos e de rejeição, o que torna muito difícil a socialização e aceitação de um portador de Hiperceratose Epidermolítica o qual além de viver com suas limitações ainda tem que lidar com sentimentos de rejeição e desprezo da sociedade.

Palmeira, Queiroz e Ferreira (2012), afirmam que, ao se depararem com alterações físicas, os pacientes ficam sujeitos ao preconceito e à discriminação por parte de outras pessoas que passam a apresentar comportamentos sociais significativos em relação a eles. A marca presente em cada uma dessas pessoas é que elas transcendem a doença e também se apegam à subjetividade ao longo do tempo devido à desinformação sobre ela.

O sentimento de inferioridade, imperfeição, menosprezo e baixa auto-estima, por não se adequar ao padrão de beleza vigente na sociedade podem surgir, em virtude da necessidade do uso constante e ininterrupto de dermocosméticos e outros insumos para que a doença estabilize ou amenize, além da dificuldade em organizar o pouco tempo disponível entre as consultas, as terapias e a terapêutica, bem como o pensar no futuro e em uma possível prole é outro vislumbre acerca da doença rara.

Sob a ótica da Teoria das Necessidades Humanas Básicas a Estima é uma das ferramentas que o individuo tem para trabalhar sua auto-estima, diante dos fatos, de sentir-se diferente na sociedade ainda assim na experiência vivenciada observa-se que o individuo consegue, apesar da situação, desenvolver sua auto-estima, uma vez que tem um ciclo de amizade bom, tem uma auto aceitação da sua figura social muito boa e consegue através das suas relações sociais ter e manter o respeito dos outros, ser estudioso, educado, dedicado, com um ciclo de amizade saudável e demonstra em sua personalidade ser amável, com grandes perspectivas de um futuro com satisfatória Realização Pessoal.

Ainda sob a perspectiva de Maslow, Amor/Relacionamento: amizade e família, fortalecem o indivíduo, fazendo com que sejam criados laços de amizade e o amor incondicional familiar, que proporciona segurança, pois apesar de sentir-se diferente o individuo consegue manter boas relações sociais.

A incerteza das complicações clínicas que se desenvolverão ao longo do tempo é o principal motivo do sofrimento. Somam-se ao fato: a dificuldade de lidar com uma doença crônica e incurável; as questões ligadas à autoimagem; o isolamento social; as dúvidas sobre querer ou não ter filhos; as dificuldades em relação à organização do tempo, devido à sobrecarga de cuidados médicos diversos; e, por fim, as questões econômicas associadas às despesas com a doença (LEHTONEN *et al.,* 2013).

Outro fator muito observado é que os indivíduos portadores de patologias raras necessitam de muitos cuidados, de dedicação integral da família, de segurança e de proteção, para promover uma vida o mais normal possível, afim de esse paciente usufruir de vida feliz, assim como se trabalhar a auto confiança para que esse ser possa ter a certeza de que apesar de suas necessidades e certas e prováveis limitações tudo é possível, inclusive de alcançar uma carreira laboral de sucesso e ser um excelente profissional. Nesse cenário o apoio familiar se fez essencial.

As trocas de informações realizadas entre os membros de uma mesma família podem influenciar na construção e identificação de atributos e referências de identidade que funcionam como símbolos de reconhecimento e diferenciação social a partir dos quais se situa a identidade singular do indivíduo, assim, pelas trocas e interações entre os membros da família, as características dessas identidades acabam sendo reforçadas, remodeladas, negociadas e, com o tempo. Por esses enlaces da construção da identidade os sentimentos de confiança, permanência e segurança fazem muito mais sentido, quando pensados dentro dos laços familiares (BARBOSA, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo diante da convivência com uma criança acometida por Hipercetarose Epidermolítica, que é uma genodermatose rara, com prevalência de 1:100.000 a 1:300.000, com herança autossômica dominante, observaram-se muitas dificuldades e problemas que esse paciente teve que enfrentar além da própria enfermidade, dos quais podemos citar alguns.

Nas primeiras manifestações da doença já começam a surgir os problemas, a falta de conhecimento especifico dos profissionais de saúde, retarda o diagnóstico precoce, que é essencial para a melhoria na qualidade de vida, as lesões afetam o paciente física e emocionalmente, pois deixam cicatrizes e demandam tempo e dedicação, pela necessidade constante do uso de dermocosméticos em loções, isso traz desconforto e faz com que pacientes quando criança tenham rejeição ao tratamento, causando problemas emocionais na sua auto-estima e aceitação da sua condição.

Essas situações causam impacto do ponto de vista físico, financeiro, emocional e social nos pacientes e nas suas famílias, haja vista as doenças dermatológicas por suas manifestações bolhosas e processos alérgicos, atraírem olhares preconceituosos e rejeição da sociedade a estes pacientes. Tendo como consequência em muitas das vezes sofrimento emocional e isolamento social.

Contudo é necessário salientar que a Hiperceratose Epidermolítica, traz comprometimento para a qualidade de vida do paciente, evidenciando-se como deficiência física uma vez que a epiderme funciona como proteção entre o indivíduo e o meio ambiente, diante dessas questões devesse ter um olhar humanizado a esses pacientes para que não necessitem recorrer a Justiça para ter direitos essenciais assegurados e possam usufruir de uma vida plena e feliz.

REFERÊNCIAS

[1] ARAUJO, L. C. S.; TORRES, S. F. R.; CARVALHO, M. Alergias alimentares na infância: uma revisão de literatura. Rev. UNINGA, v 56, n 3, p: 29-39, 2019.

[2] BARBOSA, R. L. Pele de cordeiro? Associativismo e Mercado na produção de cuidado para as doenças raras. UniCoimbra, 2014.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Consulta Pública Nº 14, De 7 de dezembro de 2009 [Online]. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília-DF, 2009. Acesso em 06 de junho de 2022. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/cop0014_07_12_2009.html

[4] BRITO, M. S. A.; FIGUEIROA, F. Evaluation of the side effects of acitretin on children with ichthyosis - a one-year study. An Bras Dermatol., v 79, n 3, p:283-8, 2004.

[5] CIANCIARULLO TI, GUALDA DMR, MELLEIRO MM, ANABUKI MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo (SP): Ícone; 2001.

[6] COUTO, J. S. M. Ictioses, o estado da questão. UBI, 2012.

[7] CRUZ, I.C.F.A. Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) e o Sistema Único de Saúde: breves comentários. In: Anais do VII Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem; 2004 maio-jun 29-1; Belo Horizonte (MG), Brasil. Belo Horizonte (MG) : PUC; 2004. p. 24-30.

[8] DALTRO, M. R.; FARIA, A. A.; Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e pesquisas em psicologia, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.

[9] DIGIOVANA, J. J. Ichthyosiform Dermatoses. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1999: 589-95.

[10] ELDER, D. Histopatologia da Pele de Lever - Manual e Atlas. 1st ed. Barueri: Editora Manole Ltda; 2001.

[11] FREEDBERG, I. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed: McGraw-Hill; 2003

[12] GIACOMIN MF, et al. Morfeia generalizada em uma criança com ictiose arlequim, uma associação rara. Rev Bras Reumatol 2014.

[13] HAYASHIDA, M. T.; MITSUI, G. L.; REIS, N. I. et al. Hiperqueratose Epidermolítica – relato de caso. An Bras Dermatol., v 90, n 6, 2015.

[14] HENRIQUE, M. V. F. M. Doenças raras: percepção dos pais com relação às dificuldades do diagnóstico e tratamento. UFU, 2021.

[15] HORTA WA. Processo de enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.

[16] KOHN MJA, LEE JSS, CHONG WS. Nevo epidérmico sistematizado com hiperqueratose epidermolítica melhorando com pomada tópica de combinação de calcipotriol/dipropionato de betametasona. Pediatra Dermatol.; v 30, p.: 370-3, 2013.

[17] LEVER, W. F.; LEVER, G. S. Histopatologia da Pele. 7a ed. São Paulo: Manole, 1991: 59.

[18] LEHTONEN, A. et al. Behaviour in children with neurofibromatosis type 1: cognition, executive function, attention, emotion, and social competence. Dev Med Child Neurol, v. 55, n. 2, p. 111-25, 2013.

[19] LI H, TÖRMÄ H. Os retinóides reduzem a formação de agregados de queratina Queratinócitos imortalizados sob estresse térmico de um paciente com ictiose epidermolítica com uma mutação KRT10. Acta Derm Venereol. 2013;93:44-9. 2013.

[20] LOPES MT, KOCH VH, SARRUBBI-JUNIOR V. et al. Difficulties in the diagnosis and treatment of rare diseases according to the perceptions of patients, relatives and health care professionals. Clinics (São Paulo). 2018;73: e 68.

[21] LUZ GS, SILVA MRS, DEMONTIGNY F. Doenças raras: itinerário diagnóstico e terapêutico das famílias de pessoas afetadas. Acta paul. enferm.; 28(5): 395-400, 2015.

[22] MARTOS, S.; SATURNINO, N.; BASAGLIA, P. et al. Ictiose neonatal: apresentação, abordagem clínica e terapêutica. BJSCR, v 12, n 3, pp.30-34, 2015.

[23] MOLINA, V.; VASQUES, L. A.; ARREDONDO, M. I. et al. Hiperqueratose Epidermolítica. UPB, vol. 32, núm. 2, pp. 187-191, 2013. Acesso em 06 de junho de 2022. Disponível em

[24] MOSS, C. Cytogenetic and molecular evidence for cutaneous mosaicism: the ectodermal origin of Blaschko lines. Am J Med Genet; 85(4):330-3, 1999.

[25] NASSIF, P. W.; NAKANDAKARI, S.; FOGAGNOLO, L. et al. Hiperceratose epidermolítica: um segmento de 23 anos de uso de retinóides orais. An. Bras. Dermatol., v 86, 2011.

[26] NEVES, R. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. REBEn, v 59, n 4, 2006.

[27] PALMEIRA, I. P.; QUEIROZ, A. B. A.; FERREIRA, M. A. Quando o preconceito marca mais que a doença. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, 2012.

[28] POTTER EA, PERRY AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.

[29] RAMOS, R. E. M.; LYRA, N. R. S.; OLIVEIRA, C. M. Alergia alimentar: reações e métodos de diagnóstico. J Manag Prim Health Care; v 4, n 2, p:54-63, 2013.

[30] SOUSA, P. F.; SALLAS, I. R.; CRISÓSTOMO, M. C. C. et al. Hiperceratose epidermolítica em mosaico. An. Bras. Dermatol., v 78, p: 477-481, 2003.

[31] TRAUPE H, BURGDORF WHC. Tratamento da ictiose: Sempre há algo que você pode fazer! In Memoriam: Wolfgang Küster. J Am Acad Dermatol 2007;57:542-7, 2007.

[32] VAHLQUIST, A.; GANEMO, A.; VIRTANEN, M, Congenital ichthyosis: an overview of current and emerging therapies. Acta Derm Venereol., v 88, n 1, p:4-14, 2008.

CAPÍTULO

16 Qualidade de vida de pacientes com esclerose múltipla: uma revisão de literatura

Daniele Paz de Castro[1], Karinne Freitas Rodrigues[2], Graciana de Sousa Lopes[3]

1. INTRODUÇÃO

Dentre o grupo de doenças desmielinizantes, encontra-se a Esclerose Múltipla (EM) uma doença neurológica crônica autoimune que afeta o Sistema Nervoso Central, em que as lesões causadas decorrem da degradação da bainha de mielina causada pelo sistema imunológico, resultando em desmielinização, inflamação imunomediada, dano axonal, perda neuronal e gliose, comprometendo assim as funções sensitivas e motoras (WALTON et al, 2020).

Sendo assim, torna-se importante discutir sobre os aspectos relacionados à qualidade de vida de indivíduos com EM. A Organização Mundial da Saúde – OMS define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações", ou seja, envolve o bem-estar físico, espiritual, mental, psicológico e emocional (WHOQOL, 2000).

Porquanto, os sintomas neurológicos da EM são variados e se caracterizam em: alterações visuais, motora, sensitivas, na coordenação, no equilíbrio, na deglutição, fala, disfunção esfincteriana, dor crônica, fadiga, dentre outros, afetando diretamente a qualidadede vida do indivíduo (WALTON et al, 2020).

Diante disto, vale ressaltar sobre o acompanhamento e tratamento das pessoas com EM, pois trata-se de uma doença incapacitante que afeta gradativamente a capacidade funcional, resultando em dificuldades para realizar atividades de vida diária básicas, instrumentais e avançadas, impactando assim a qualidade de vida e o convívio social do indivíduo (OLIVEIRA-KUMAKURA et al., 2019).

Dessa forma, faz-se necessário o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, devido à complexidade do tratamento, salientando a assistência do enfermeiro nesse cenário, pois atua de forma integral e humanizada, garantindo a promoção, proteção e reabilitação da saúde com foco em melhorar a qualidade assistencial de vida, intervindo para facilitar a adaptação do paciente à doença e ao tratamento, utilizando diversos métodos, avaliando as atividades prioritárias desde as básicas até as avançadas, e proporcionando aumento de sobrevida (BAIXINHO et al., 2016).

Nesse contexto, uma vez que a doença se manifesta e progride de forma natural e imprevisível, a necessidade de cuidados aumenta, relativamente torna-se imprescindível o papel do cuidador e da família. É essencial o apoio da família com a equipe

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: Castro.2013.daniele@gmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: karinnefreitas97@gmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

multidisciplinar, para existir assim uma intervenção orientada, considerando as particularidades de cada grupo familiar, adequando os cuidados prestados (OLIVEIRA-KUMAKURA et al., 2019).

Do mesmo modo, identifica-se deficiências cognitivas nos portadores de EM, que causam mudanças na vida diária, na qualidade do relacionamento e na comunicação, o que tem um impacto no relacionamento familiar, diante da progressão desta deficiência os cuidadores assumem responsabilidades adicionais, tornando importante a assistência familiar (WALTON et al, 2020).

Segundo pesquisas, a EM acomete por volta de 2,5 milhões de pessoas no mundo, com prevalência maior em países de clima temperado, durante a faixa etária de 20 a 45 anos, geralmente em mulheres. No Brasil contém uma taxa de prevalência de 15 casos para cada 100.000 habitantes, sendo predominantes em mulheres com a faixa etária de 30 a 45 anos (OLIVEIRA-KUMAKURA et al., 2019). De acordo com o Sistema de Informação de Saúde (DATASUS) no Amazonas no período de janeiro de 2021 a janeiro de 2022 foram registradas 1.174 internações decorrentes da Esclerose Múltipla (DATASUS, 2022).

Portanto, é imprescindível ressaltar sobre a importância de discorrer sobre a reabilitação dos indivíduos portadores da EM, visto que, por ser uma doença incapacitanteque gradativamente afeta no declínio funcional e na capacidade de realizar atividades funcionais de vida diária e no autocuidado, geralmente isto contribui no impacto daqualidade de vida e na convivência social.

O objetivo desse estudo é discorrer sobre os fatores relacionados a qualidade de vida na progressão da EM, bem como a evolução da esclerose multipla.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ESCLEROSE MULTIPLA: FISIOPATOLOGIA

A EM faz parte de um grupo de doenças autoimunes, neurológica e inflamatória crônica, o processo lesional de natureza inflamatória afeta múltiplas regiões do neuroeixo, o que ocasiona diversas manifestações clínicas, essas lesões predominam o comprometimento nas vias longas da substancia branca, entretanto afeta regiões corticais e subcorticais, provocando perda de mielina, dano axonal, sendo responsável persistência dos déficits e implicando no processo neurodegenerativo (ADAMOPOULOU et al., 2019).

A esclerose múltipla (EM) é uma doença autoimune inflamatória desmielinizante dosistema nervoso central (SNC), que possui como um de seus principais sintomas, a fadiga. Este sintoma, persistente e complexo, engloba aspectos para além de sua apresentação clínica, envolvendo a qualidade de vida do paciente, seu estado psicológico e sua capacidade de realizar atividades de vida diárias. A etiologia desconhecida do sintoma contribui para o subdiagnóstico da patologia, seu manejo inadequado e impacta na visão do paciente sobre a doença (AFRASIABIFAR; GHAFFARIAN, 2020).

A fisiopatologia da doença é pouco conhecida, mas evidências indicam que a EM é causada por células Th1 e Th17, que reagem contra antígenos próprios da mielina, resultando na inflamação do SNC com ativação de macrófagos ao redor dos nervos, do cérebro e da medula espinhal, destruição da mielina e anormalidades na condução nervosa (BIJANI et al., 2022). Sendo assim, é considerada a desordem desmielinizante mais comum do sistema nervoso central, a esclerose múltipla (EM) é caracterizada por episódios repetidos de disfunção neurológica com remissão variáve.

O diagnóstico é feito pela avaliação clínica e por exames complementares, sendo a ressonância magnética o padrão-ouro. Uma das terapias utilizadas para EM é a administração de Interferon-Beta (IFN-β), possuindo papel modulador na resposta inflamatória desencadeada pela imunidade celular no SNC (AFRASIABIFAR; GHAFFARIAN, 2020).

2.2. SINTOMATOLOGIA CLÍNICA E COMPLICAÇÕES DA EM

Os portadores da EM apresentam variados sintomas como déficits motores, somatossensoriais e psicocognitivas. Estes que, incapacitam a qualidade de vida, reduzindo-a de forma relevante, relacionada à saúde, comparada à outras doenças neurológicas. Podendo apresentar distúrbios do tônus muscular, diminuição da mobilidade articular, aumento do nível de cansaço, fadiga muscular que tem como consequência a redução da capacidade da marcha e equilíbrio, e diante do comprometimento cognitivo, reduzindo a produtividade no trabalho que podem ocasionar distúrbios psicológicos como ansiedade, depressão, redução da capacidade de autocuidado e habilidades sociais(BRENNER, et al., 2022).

Os sintomas se dividem em três grupos podendo afetar os neurônios sensoriais tendo como manifestações sensações de dor, parestesias, complicações visuais e vertigens. Os neurônios motores ocasionando dificuldade para marcha, para movimentar os olhos, no controle vesical e constipação. E sintomas psicológicos como alterações de humor e dificuldades em controlar emoções (CALDERARO et al., 2021).

As manifestações da EM podem proporcionar complicações que geram grande impacto na vida dos pacientes em questões físicas, sociais e psicológicas. Por conseguinte,a gravidade da dor, incapacidades no domínio físico, fadiga excessiva, menor capacidade de deambulação, instabilidade postural e quedas acidentais (CHIQUETTI et al., 2018).

A fadiga é considerada uma das maiores complicações, sendo o principal fator incapacitante em portadores da EM, a fadiga afeta 75-95% dos portadores, o que se define como falta de energia física e mental subjetiva, percebida pelo portador ou cuidador, o que interfere na atividade habitual, sensação de cansaço extremo, exaustão física e falta de energia, distinta de tristeza ou fraqueza. Podendo afetar os portadores de modo diversificado e causas incompreendidas (CALDERARO et al., 2021).

2.3. A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTE VIVENDO COM ME

A qualidade de vida está totalmente relacionada a saúde física e mental, que diminuem em função do estado de locomoção. O aumento de incapacidades e perda de qualidade de vida são evidentes no estágio inicial da doença, tanto no componente físicomotor quanto o cognitivo emocional, podendo ocasionar depressão e estresse dificultando a capacidade de autocuidado (DADSETAN et al., 2021).

Segundo a literatura, aborda-se como determinantes para qualidade de vida, são reduzidos diante os preditores consistente relacionados à saúde que são envolvem a incapacidade, depressão, comprometimento cognitivo, dor, desesperança, ausência de autonomia e falta de apoio. O que consequentemente gera prejuízos à cognição, incapacidade funcional e efeito psicológico negativo (FERNÁNDEZ-MUÑOZ et al., 2018).

Estudos evidenciam que os portadores de EM, vivenciam uma QV diminuída, não apenas relacionada a população em geral, como também comparado às pessoas com

doenças crônicas. O impacto negativo dessa doença é evidenciado por deficiências físicas extensas, causas desconhecidas e falta de métodos eficazes de tratamento, à medida que ocorre a progressão da EM, ocorre novas manifestações da doença, com maior limitação de realização das atividades, tornando o portador mais dependente da família para realizaratividades funcionais diárias, reduzindo assim sua QV (CALDERARO et al., 2021).

Nesse contexto, observou-se que um dos fatores que influenciam na QV são a depressão e ansiedade, que levam os indivíduos a buscar equilíbrio emocional e psicológico e dar significado as suas experiências e alcançar recursos para combater. E o estresse que a incapacidade física gera no indivíduo piorando significativamente de acordo com a gravidade e constância dos sintomas (FERNÁNDEZ-MUÑOZ et al., 2018).

A compreensão da família quanto a vivencia da doença e as dificuldades que pode acarretar na vida dos portadores é um dos fatores que afetam diretamente a QV, isso demonstra um paradoxo de famílias que oferecem apoio gerando sensação de segurança e famílias que se distanciam gerando sentimentos de solidão e abandono podendo acarretar a depressão. Contudo torna-se essencial que as famílias estejam presentes nas atividades cotidiana dos portadores, desde o cuidado pessoal até o tratamento do agravo pois, o apoio familiar contribui positivamente no enfrentamento da patologia (SANTOS et al., 2019).

O apoio social também se torna um fator importante no QV do portador, visto que denota função de suporte em relação aos quesitos materiais, emocional, informativo e afetivo, ou seja, uma boa interação social, assim como a boa relação familiar reflete em resultados positivos na QV dos indivíduos (BIJANI et al., 2022).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo do tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL), o qual é um que apresenta reputação internacional na pesquisa em enfermagem e na prática baseada em evidências (SOARES et al., 2014).

Para a coleta de dados foi realizada depois da delimitação do tema nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* – Scielo, *National Library of Medicine* – PubMed e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* – LILACS utilizando as seguintes palavras chaves: “Esclerose Múltipla”, “Qualidade de vida”, “Saúde” e “Enfermagem” nos idiomas português e inglês, no período de março à abril de 2023.

Os critério de elegibilidade foram selecionados artigos originais, do tipo revisão sistemática, integrativa, relato de casos, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa e inglesa, publicados no período de 2013 a 2023, que tratam do tema pesquisado. Os critérios de inelegibilidade foram artigos com textos incompletos, resumos, monografias, dissertações e teses, além de artigos escritos em língua diferentedo inglês e português.

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios a partir dos títulos, posteriormente foi realizada a análise de resumos e finalmente os artigos foram lidos na íntegra, e quando de acordo com a temática proposta foram selecionados para o estudo, sendo elaborado um instrumento para a coleta de informações direto nas bases de dados selecionados para compor esta revisão.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante as palavras-chaves utilizadas na busca nas bases de dados, foram identificados e analisados 193 artigos do tipo observacional e estudo de caso nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs. Foram exclusos 167 artigos pelos seguintes critérios: título e resumo (n=14), estudos de revisão (n=138), não disponíveis (n=10) e estudos duplicados (n=5). Foram inclusos para leitura completa na íntegra 26 artigos, sendo 11 exclusos por não relatarem em seus desfechos o objetivo proposto neste estudo. Em conclusão, foram inclusos nesta revisão um total de 15 artigos como demonstrado na Tabela abaixo:

Tabela 1. Resultados da busca nas bases de dados e seleção de artigos pertinentes.

Bases dedados	Totalidade	Após critérios	N	%
SCIELO	27	8	5	33,3
PUBMED	89	10	7	46,6
LILACS	77	8	3	20,1
Total	**193**	**26**	**15**	**100%**

Para melhor organização das publicações presentes/selecionadas para compor estaRIL, será apresentada uma síntese conforme autor, ano, título, objetivo estudo, bases, idioma e resultados, contribuindo para o processo de análise e interpretação das publicações presentes nesta revisão **(Quadro 1).**

Quadro 1: Artigos selecionados para revisão.

N°	AUTOR/ANO IDIOMA BASES DE DADOS	TÍTULO	RESULTADOS
1	Sehanovic etal., 2020. Inglês; Scielo	Distúrbio Cognitivo em pacientescom esclerose multipla.	Através desse estudo ficou evidenciado que disturbios cognitivos, alterações nasfunções visuoespacial, visuoconstrutiva, visuoperceptiva, funções de mnésticas são afetadas durante a progressão da EM.
2	Kara et al.,2021. Inglês; PUBMED	Determinantes do desenvolvimentode incapacidade em pacientes com esclerose múltipla.	E citado pelo estudo que a EM pode afetar tarefas simples como se vestir e se alimentar, e até tarefas mais complexas,como trabalhar ou dirigir.
3	Santos et al., 2022. Português; Scielo	Associação entre o número de deglutições, resíduo faríngeo e broncoaspiração na EM.	Dificuldade de deglutir e de alimentar-se.
4	Brandão et al., 2022. Inglês; LILACS	Idade, disfunção motora e sintomas neuropsiquiátricos impactam a qualidade de vida na EM.	Disfunção motora e sintomas neuropsiquiátricos fazem parte daprogressão da EM, reduzindo a qualidade de vida desses indivíduos.
5	Braga et al., 2016. Inglês; PUBMED	Correlação positiva entreincapacidade funcional, sonolênciadiurnal excessiva e fadiga na esclerose múltipla recorrente-remitente.	É evidenciado por esse estudo que sintomas relacionados a capacidade motorae funcional são as mais afetadas durante a progressão da EM.
6	Piloti et al., 2022; Português;Scielo	Associação entre avaliação clínica e autopercepção da deglutição com a escala de incapacidade motora em pacientes com esclerose múltipla.	A progressão da EM leva em seus níveis mais extremos à incapacidade de deglutir, gerando riscos como a broncoaspiração.

Quadro 1: Artigos selecionados para revisão. (continuação)

N°	AUTOR/ANO IDIOMA BASES DE DADOS	TÍTULO	RESULTADOS
7	Alali et al. 2018, ingles.LILACS	Disfagia na esclerose múltipla: avaliação e validação do questionário DYMUS.	É citato por esse estudo que a disfagia é um sintoma que pode levar a total incapacidadede deglutir, sendo importante oacompanhamento dessas problemáticas desde o seu início.
8	Franco et al., 2022. Português; LILACS	Compreensão das dificuldades e dos fatores contextuais nasatividades cotidianas de pessoascom esclerose múltipla: um estudo piloto.	A gravidade e a progressão dos sintomas podem variar muito de pessoa para pessoa,mas em alguns casos a EM pode ser incapacitante e afetar a capacidade da pessoa de realizar atividades de autocuidado, instrumentais e avançadas da vida diária.

- Aspectos relacionados a evolução da EM

A EM é tida como uma doença crônica, inflamatória e autoimune, que afeta diretamente o sistema nervoso central, cuja origem não está totalmente esclarecida, podendo evoluir progressivamente de forma rapida causando distúrbios a nível cognitivo, alterações nas funções visuoespacial, visuoconstrutiva, visuoperceptiva, e funções de mnésticas, ou seja, processo de aprendizagem, memória de curto e longo prazo, recordação, memória lógico-verbal (SEHANOVIC et al., 2020).

De acordo com Wilski et al. (2019), isso se dá devido a deterioração da bainha de mielina, axônios e oligodendroglia, levando a desmielinização estrutural. Como consequência, no local afetado permanecem cicatrizes de um espectro diversificado, o que leva a progressão de sintomas e sinais da doença como os supracitados.

Com isso, a EM pode afetar diretamente o indivíduo através do desenvolvimento dedisfunção motora, funcional e neuropsiquiátrico, levando a limitações relacionadas a tarefas cotidianas de fácil realização como vestir-se e se alimentar, trabalhar, dirigir, executar tarefas de autocuidado, tocar instrumentais e demais ativadades diárias (KARA et al., 2021;BRANDÃO et al., 2022; BRAGA et al., 2016; FRANCO et al., 2022).

É citado por Santos et al. (2019), que um dos fatores associados ao desenvolvimento de disfunções motoras na EM está relacionada a ausência do acompanhamento de profissionais que atuem diretamente na mobilidade dos portadores, sendo evidenciado queinúmeras disfunções que afetam o sistema nervoso podem ser alteradas por eventos ambientais e físicos.

A progressão da EM pode levar, em seus níveis mais elevados e extremos, a dificuldade em deglutir (disfagia) ou até mesmo a incapacidade plena de deglutição, levando a riscos como a broncoaspiração, desnutrição, deficiência de vitaminas, anemias e desenvolvimento e associação de outros fatores patológicos à doença de base (SANTOSet al., 2022; PILOTI et al., 2022; ALALI et al. 2018).

Geralmente, esses danos relacionados a dificuldade e/ou incapacidade em deglutir na EM estão relacionadas aos danos das estruturas neurais que controlam a deglutição, levando ao comprometimento da coordenação muscular necessária para realizar essa fase da deglutição de forma eficaz, levando a dificuldades em empurrar o bolo alimentar para oesôfago, o que pode causar engasgos, broncoaspiração e outros problemas de deglutição (MEEHAN; DOODY, 2020).

Dessa forma, é importante que o enfermeiro como profissional de saúde tenha o conhecimento e visão da evolução sintomatológica da EM, pois a implementação da Sistematização da Assistencia da Enfermagem, bem como todo o planejamento de cuidados prestados a esse paciente, deve ter como base o aporte técnico-científico, pautado no conhecimento literário fisiopatológico acerca da doença.

- Fatores associados a qualidade de vida na progressão da EM

A EM é uma doença crônica e progressiva, no qual a sua progressão vai levando a sintomas que levam à perda de funções, gerando incapacidades funcionais e sociais, e afetam de modo substancial a qualidade de vida dos pacientes. Dessa forma, a preservação da capacidade funcional e da mobilidade, bem como a preservação da acuidade visual estão diretamente ligadas a qualidade da vida dos indivíduos afetados pela EM (ROSA et al., 2021; JORGE et al., 2021).

Toro et al. (2019), afirmam que a diminuição da capacidade funcional de indivíduos acometidos por EM, interfere no declínio da qualidade de vida, pois limita a capacidade demobilidade, restringindo o portador da capacidade de deambulação livre, bem como, realizar caminhadas, impossibilitando de realizar as atividades de vida diária, afetando não somente a função física, mas também, as funções emocionais, sociais e mentais dos portadores.

É apontado ainda, como um fator primordial à qualidade de vida de pacientes portadores da EM, a preservação e equilíbrio de aspectos emocionais, evitando o desenvolvimento de patologias como a depressão e a ansiedade, e à presença da fadiga crônica, a qual de acordo com os autores está diretamente ligado ao bem estar emocional, sendo um dos principais preditores da qualidade de vida, pois influi tanto no domínio físicoquanto no mental (SILVA et al, 2019; ROSIAK et al., 2017; BELTRÁN et al., 2020).

De acordo com Pimentel e Toldrá (2017), a fadiga exacerbada também é um sintoma geralmente identificado no portador da EM, sendo um dos fatores primordiais na diminuiçãoda QV. Decorrente da fadiga o portador adquire a diminuição da aptidão física, esgotamento físico e mental. A fadiga e a fraqueza generalizada podem levar à posteriormente outros sintomas incapacitantes.

As progressivas debilidades ocasionadas pela EM levam à sensação de dor por parte dos portadores da doença. Sendo assim, o controle da dor impacta diretamente na qualidade de vida de indivíduos acometidos por EM, bem como a satisfação sexual (FARACLAS et al., 2022).

De acordo com Nourbakhsh et al. (2016), a prática sexual não é restrita para portadores de EM, no entanto, o desenvolvimento de disfunções sexuais, a diminuição ou perda da libido, a diminuição da sensibilidade, dores ou dormência nos órgãos genitais e dificuldade para atingir o orgasmo, estão diretamente ligadas a diminuição da qualidade devida.

O estudo demonstra que o apoio familiar e social elevam a sensação de bem estar e a qualidade de vida de indivíduos com EM, uma vez que estes se sentem acolhidos (COSTA et al., 2017). De acordo com Oliveira-Kumakura et al. (2019), a rede de apoio familiar é essencial e de fundamental importancia no processo de relação do paciente com a doença, na aderencia ao tratamento e primordial nos casos de hospitalização.

Vale ainda frisar, que o Enfermeiro como mediador do cuidado ao paciente acometido pela EM, é essencial para a manutenção da qualidade de vida desse indivíduo, pois através dos cuidados prestados atua diretamente na preservação da capacidade funcional e mobilidade, bem como na elaboração de diagnósticos e implementações de enfermagem que visem os riscos que este corre atuando diretamente na prevenção de queda, lesão por pressão, dentre outros.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo ficou evidenciado os fatores relacionados a qualidade de vida de portadores de EM, bem como os sinais evolutivos da doença. Sabe-se que essa é uma doença degenerativa e debilitante, sendo a promoção da qualidade de vida um fator importante para dignidade do indivíduo.

Os principais fatores relacionados a qualidade de vida identificados nesse estudo foram: A preservação da mobilidade e da capacidade funcional, controle de sintomas como fadiga, depressão e ansiedade, priorizando o bem estar emocional, sintomas como miastenia, dificuldade em deambular, e diminuição da acuidade visual fazem com que a percepção de qualidade de vida e bem estar geral do paciente com EM seja afetada, bem como o controle da dor e a satisfação sexual.

A progressão dos sintomas com a evolução da doença evidenciados através desse estudo foram: disturbios cognitivos, alterações nas funções visuoespacial, visuoconstrutiva, visuoperceptiva, funções de mnésticas, a incapacidade de realizar atividades diárias de autocuidado, dificuldade em deglutir e sintomas neuropsiquiátricos.

REFERÊNCIAS

[1] ADAMOPOULOU, F.; et al. “The Effect of Fatigue and Pain Self- Efficacy on Health-RelatedQuality of Life Among Patients with Multiple Sclerosis.” **Materia socio-medica** vol. 31,1 2019: 40-44.

[2] AFRASIABIFAR A.M.Z.; GHAFFARIAN, S.H.R. Orem's Self-Care Model with MultipleSclerosis Patients's Balance and Motor Function. **Ciência da EnfermagemTrimestralmente**. 2020.

[3] ALALI, D.; et al. Disfagia na esclerose múltipla: avaliação e validação do questionário DYMUS. **Dysphagia**. Jun;33(3):273-281. doi: 10.1007/s00455-017-9864-5. 2018.

[4] BAIXINHO, C.V.; et al. Intervenções de enfermagem promotoras da funcionalidade do adulto com esclerose múltipla: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UPPE On Line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 838-847, 2016.

[5] BELTRÁN, E.; et al., Qualidade de vida em pacientes com esclerose múltipla e seus cuidadores na colômbia: acompanhamento de ano. **Biomedica**, Mar 1;40(1):129-136. 2020.

[6] BIJANI, M.; et al. “The effect of peer education based on Pender's health promotion model on quality of life, stress management and self-efficacy of patients with multiple sclerosis: a randomized controlled clinical trial.” **BMC neurology** vol. 22,1 144. 18 Apr. 2022.

[7] BRAGA, D.M.; et al. Correlação positiva entre incapacidade funcional, sonolência diurnal excessiva e fadiga na esclerose múltipla recorrente-remitente, ARTICLES, **Arq. Neuro- Psiquiatr**. 74 (6), Jun., 2016.

[8] BRANDÃO, P.M.F.; et al. Age, motor dysfunction and neuropsychiatric symptoms impact quality of life in MS. ORIGINAL ARTICLE, **Rev. Bras. Enferm.** 75 (06), 2022.

[9] BRENNER, R.; et al. “Nursing Interventions Focusing on Self-efficacy for Patients With Multiple Sclerosis in Rehabilitation: A Systematic Review.” **International journal of MS care** vol. 24,4 (2022): 189-198.

[10] CALDERARO, L.R.; et al. Assistência de enfermagem na Esclerose Múltipla. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 12911-12923, 2021.

[11] CHIQUETTI, L.; et al. Esclerose múltipla, sistema imune e recomendações nutricionais. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Videira**, [S. l.], v. 3, p. e19917, 2018.

[12] COSTA, D.C.; et al., Rede de apoio social e qualidade de vida em portadores de esclerosemúltipla, ARTICLES, **Arq. Neuro-Psiquiatr**. 75 (5), May 2017.

[13] DADSETAN, F.; et al. "Palliative care needs of patients with multiple sclerosis in southeastIran." **BMC palliative care** vol. 20,1 169. 28 Oct. 2021.

[14] **DATASUS**. tabnet.**datasus**.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Disponível em: <http://www.**datasus**.gov.br>. Acesso em Abril de 2023.

[15] FERNÁNDEZ-MUÑOZ, J. J.; et al. "Is the association between health-related quality of life and fatigue mediated by depression in patients with multiple sclerosis? A Spanish cross- sectional study." **BMJ open** vol. 8,1 e016297. 23 Jan. 2018.

[16] FRANCO, R.C.; et al. Compreensão das dificuldades e dos fatores contextuais nas atividades cotidianas de pessoas com esclerose múltipla: um estudo piloto. **Cad. Bras. Ter.Ocup** *; 30: e2942,* 2022.

[17] FARACLAS, E.; et al., Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com esclerosemúltipla. **J Patient Rep Outcomes**. 2022 Dec; 6: 12.

[18] JORGE, F.F.; et al., Sintomas motores e qualidade de vida de pacientes com esclerose múltipla remitente-recorrente em um centro especializado no sul do Brasil. Article, **Arq. Neuro-Psiquiatr**. 79 (10), Oct 2021.

[19] KARA, F.; et al. Determinants of disability development in patients with multiple sclerosis, Article, **Arq. Neuro-Psiquiatr**. 79 (6), June 2021.

[20] MEEHAN, M.; DOODY, O. The role of the clinical nurse specialist multiple sclerosis, the patients' and families' and carers' perspective: An integrative review. **Mult Scler Relat Disord**. 2020;39:101918.

[21] NOURBAKHSH, B.; et al. Fatigue and depression predict quality of life in patients with earlymultiple sclerosis: a longitudinal study. **Eur J Neurol.** 2016;23:1482–1486.

[22] OLIVEIRA-KUMAKURA, A.R.S. et al. Capacidade funcional e de autocuidado de pessoas com esclerose múltipla. **Revista Latino-Americana De Enfermagem**, *27*(e3181), 2019, e3183.

[23] PILOTI, D.T.W.; et al., Associação entre avaliação clínica e autopercepção da deglutição coma escala de incapacidade motora em pacientes com esclerose múltipla. Artigo Original, **CoDAS**34 (2), 2022.

[24] PIMENTEL, P.; TOLDRÁ, R. Desenvolvimento de manual para orientações básicas do diaa dia para pessoas com esclerose múltipla. **CadTer OcupUFSCar**. 2017;25:67-4.

[25] ROSA, R.C.; et al. Correlação entre a qualidade de vida e a capacidade funcional em paciente com esclerose múltipla. **Saud Pesq**, 2021 jan./mar.; 14(2):271-277 - e-ISSN 2176-9206.

[26] ROSIAK, K.; et al. Qualidade de vida e suporte social a pacientes com esclerose múltipla, **Psychiatr Pol**. Oct 29;51(5):923-935. 2017.

[27] SANTOS, M.; et al. Quality of life in patients with multiple sclerosis: A study with patients and caregivers. **Disabil Health J**. 2019;12(4):628-634. doi: 10.1016/j.dhjo.2019.03.007.

[28] SANTOS, A.C.; et al. Associação entre o número de deglutições, resíduo faríngeo e broncoaspiração na EM. Artigo Original, **Audiol., Commun. Res**. 27, 2022.

[29] SEHANOVIC, A.; et al. Cognitive Disorders in Patients with Multiple Sclerosis. **Mater Sociomed**. Sep; 32(3): 191–195. 2020.

[30] Silva, M.C.N.; et al. Avaliação da qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla: impacto da fadiga, ansiedade e depressão, pesquisa original, **Fisioter. Pesqui**. 26 (4), Oct-Dec 2019

[31] SOARES, C.B.; et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm** USP 2014; 48(2):335-45.

[32] The WHOQOL Group.**The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties.** 2000, Social Science and Medicine 12:1569-1585.

[33] TORO, G.J.; et al. Qué se debe saber en esclerosis múltiple: 16 preguntas prácticas.**J Acta Neurológica Colombiana**. 2019;35:40-9.

[34] WALTON, C.; et al. Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlasof MS, third edition. **Mult Scler**. 1º de dezembro de 2020;26(14):1816–21.

[35] WILSKI, M.; et al. Health-related quality of life in multiple sclerosis: Links to acceptance, coping strategies and disease severity. **Disabil Health J.** 2019;12(4):608-614. doi: 10.1016/j.dhjo.2019.06.003.

CAPÍTULO

17 Suporte básico de vida para o público leigo

Daniela da Silva Canton, Gabriela Almeida Nunes, Mirelia Rodrigues de Araújo, Marcílio da Costa Carvalho

1. INTRODUÇÃO

O Suporte Básico De Vida (SBV) é um conjunto de ações rápidas que são executadas à pessoa que necessita de socorro imediato no ambiente extra-hospitalar, até a chegada da equipe de saúde com suporte avançado de vida. A parada cardiopulmonar é a situação mais recorrente observada em situações clínicas ou causadas por traumas podendo levar rapidamente ao óbito (CARDOSO *et al.,* 2017).

Quando o leigo que presencia a ocorrência tem treinamento adequado em SBV, e os executa de forma rápida e com alta eficiência, permite uma maior chance de estabilização da vítima e diminui de sequelas e agravos relacionado à demora do atendimento. Define- se leigo a pessoa não pertencente a determinada profissão ou que não possua conhecimento em alguma área especifica (MARCHI, 2007; MICHAELIS, 2008).

O SBV é um curso criado pela *American Heart Association (AHA)*, que visa preparar pessoas para estabilizar vítimas em Paradas Cardiorrespiratórias (PCR), sendo a PCR, mais recorrente. AHA é responsável pela publicação e atualizações de instruções para Reanimação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE). Profissionais de saúde e instituições de ensino em saúde de todo o mundo, utilizam desse conteúdo como fonte para o direcionamento correto de salvamento. Uma das alterações em 2020 nas diretrizes da Associação Americana do Coração, fala sobre a importância do início imediato da RCP por socorristas leigos. O que demostra cada vez mais a relevância deste tema (*AHA*, 2020).

Uma das principais causas de morte extra-hospitalar é a falta de atendimento, seguida da prestação de primeiros socorros inadequado. No caso de PCR, se a compressão torácica for realizada ainda no primeiro minuto, as probabilidades de sucesso são de até 98%. A partir do quinto minuto, as chances caem para 25% e os índices de sobrevida caem para 1%, caso o socorro não seja realizado em até 10 minutos (TONY *et al.,* 2020).

Diante disso, o tema sobre SBV foi escolhido devido a observação do baixo conhecimento de SBV por pessoas leigas, e quão importante é saber realizar os procedimentos corretamente. Este trabalho tem grande relevância científica para entender que o SBV é algo primordial para toda a população, e que, ao saber realizar as manobras de primeiros socorros e estabilização de uma vítima corretamente, contribui para otimiza a chance de sobrevida em muitos acidentes e ocorrências que necessitem de prestação de socorro o mais rápido possível.

O estudo contribui para agregar ainda mais o acervo bibliográfico já existente sobre o referido tema, SBV. A relevância e necessidade de transmissão do ensino e conhecimento sobre o SBV para o maior número possível de pessoas, nas mais diversas áreas e situações, diminuem os possíveis impactos e danos à saúde de quem necessita de socorro imediato. Portanto este trabalho teve como objetivo, entender a importância do SBV para leigos.

2. MÉTODOS

O presente estudo foi realizado pelo método de revisão de literatura do tipo integrativa que permite reunir os pontos principais de um determinado assunto, traçando resultados de estudos que contribuirão posteriormente para o aperfeiçoamento da prática após teoria (SOUZA MT, 2010).

Na construção do trabalho foram utilizadas as seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e National Center for Biotechnology Information (PUBMED). Foram utilizados os seguintes descritores de saúde: Suporte Básico De Vida, Primeiros Socorros, Atendimento Pré-Hospitalar.

Os critérios de elegibilidade para seleção dos artigos foram os originais, online e artigos publicados em português e espanhol, nos anos entre 2009-2022, que tratam do referido tema, importância do suporte básico de vida. Como critério de inelegibilidade foram: artigos fora do Brasil, artigos pagos, publicados antes de 2009, e trabalhos que não se caracterizam como científico.

3. RESULTADOS

Após busca nas bases de dados, foram localizados 412 artigos. Destes foram excluídos 30 artigos devido a duplicidade e 382 por não atender os critérios. Foram selecionados 180 artigos para leitura na íntegra, 187 artigos foram excluídos após avaliação utilizando instrumento validado. Assim, foram selecionados 15 artigos para compor a amostra final, esquematizados no fluxograma da Figura 1.

Quadro 1 - Síntese dos principais achados sobre o ensino em suporte básico de vida para leigos, 2023.

	Título	Autores	Ano/ País/ Base de dados	Resultados
01	Efetividade de modelo de ensino em um curso de primeiros socorros: ensaio clínico randomizado.	CARBOGIM *et al*	2020/ Brasil/ SCIELO/	Após a aplicação do ensino em SBV observou-se melhora significativa em manobras de primeiros socorros
02	Gincana educativa–como salvar uma vida: estratégia sobre primeiros socorros para adolescentes	CARDOSO *et al*	2021/ Brasil/ PUBMED/	A falta de orientação e capacitação para o leigo impede as primeiras ações em situações de emergências.
03	Suporte Básico De Vida Para Leigos	CARDOSO *et al*	2017, Brasil, Revista Unimontes Científica.	A aplicação de cursos teórico-práticos apresentam melhores resultados para realização de manobras de primeiros socorros.
04	Atendimento a pacientes em situação de urgência: do serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência.	CUNHA *et al*	2009/Brasil/ SCIELO/	O atendimento pré-hospitalar é iniciado no momento da chamada por telefone por profissionais na central de regulação.
05	A importância de adaptar as unidades básicas de saúde para o atendimento de urgências e emergências de menor complexidade.	LAURINDO *et al*	2019/ Brasil/ PUBMED /	A adesão do atendimento em urgência e emergência desafoga os hospitais de alta complexidade.
06	Transferência do conhecimento de suporte básico de vida para leigos e profissionais de saúde: uma revisão integrativa metropolitana de ribeirão preto.	LANDA, FERREIRA	2020/ Brasil/ PUBMED/ artigos	O conhecimento e aptidão passados para o leigo é de utilidade ética.
07	Intervenções de educação em saúde sobre primeiros socorros para leigos no brasil: revisão integrativa.	NETO et al	2017/ Brasil/ LILACS/ publicações de artigo	Contribui para redução da mortalidade e redução de sequelas relacionada aos agravos súbitos.
08	O leigo e o suporte básico de vida	PERGOLA, A,M; ARAUJO, I,E,M.	2009/ Brasil/ PUBMED/ população leiga	A falta de conhecimento em suporte básico de vida reduz o início rápido de manobras de primeiros socorros.

4. DISCUSSÃO

A partir da análise de dados emergiram 2 categorias temáticas que devem ser observadas, são elas: capacitação de leigos em suporte básico de vida e seu impacto na redução da mortalidade e agravamento.

5. CAPACITAÇÃO DE LEIGOS EM SBV

O SBV é composto por uma sequência de etapas, iniciando pela segurança da cena onde a vítima se encontra, priorizando a integridade física do socorrista, seguido do reconhecimento da PCR, onde deve ser observado se o indivíduo responde, respira e se tem pulso, no caso os leigos podem se basear apenas nos primeiros dois sinais. Após o reconhecimento da PCR, o serviço de Atendimento Móvel De Urgência (SAMU) deve ser chamado e solicitado também o Desfibrilador Externo Automático (DEA), as compressões

torácicas devem ser realizadas o mais rápido possível, seguindo a diretriz de 30 compressões para 2 ventilações (LANDA F, 2020).

Neste contexto, muitas pessoas ainda não sabem prestar socorro, não por serem incapazes de aprender, e sim porque precisam de treinamento, pois estes, após passarem por instruções e cursos demonstraram que podem sim, realizar prestação de socorro básico com autoconfiança e de forma correta. Quanto mais pessoas estiverem capacitadas com o conhecimento em SBV, maiores as chances de socorro imediato teremos (LANDA; FERREIRA. 2020). Vale pontuar que o treinamento deve ser feito por profissionais altamente preparados. Conteúdos com aplicação teórica e prática para assegurar que o indivíduo tenha possibilidade de intervir em situações de urgências e emergências no ambiente extra-hospitalar (PERGOLA EM, ARAUJO IEM, 2008).

No Brasil, em 04 de outubro de 2018, foi sancionado no congresso nacional a lei N º 13.722, chamada de lei Lucas, que torna obrigatória a preparação em primeiros socorros por professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil (BRASIL, 2018).

Estudos apontam que pessoas leigas treinadas previamente em cursos de SBV, conseguiram realizar de forma eficaz manobras de reanimação cardíaca, demonstrando que não necessariamente apenas profissionais da saúde podem prestar socorro. Na maioria das vezes, as situações de urgência e emergência acontecem fora do ambiente hospitalar, e são presenciadas por leigos, no entanto o número de pessoas preparadas para prestar socorro ainda é muito baixo, podendo agravar a situação da vítima até a chegada de socorro (SILVA et al, 2022; CARBOGIM FC *et al,* 2020; CARDOSO *et al,* 2017).

No entanto, mesmo com grande importância, o número de pessoas que sabem realizar primeiros socorros básicos no Brasil ainda é pequeno. Há desafios em como despertar interesse e repassar esse conhecimento para a população, pois a maioria das pessoas não percebem a necessidade de saber prestar socorro até presenciar uma situação em que pouca gente ou nenhuma soube realizar, tornando uma urgência que poderia ser controlada em emergência, muitas vezes resultando em óbitos (CARDOSO *et al.,* 2021). De acordo com Maia ER (2014), as capacitações aplicadas de caráter teórico/prático, desenvolvem melhor habilidades, sobretudo, em populações leigas no assunto.

Assim, a educação em saúde vem se configurando ao longo do tempo como uma das principais estratégias para garantir o desenvolvimento de ações de prevenção, manutenção, diminuição de agravos e controle de doenças, principalmente para os segmentos menos favorecidos da população. No entanto, apesar da educação em saúde para a população ser antiga, sua implementação ainda mostra fragilidade em sua atuação, pois os serviços de saúde têm pouca ou nenhuma importância para as ações educativas, no entanto só através da educação em saúde podemos melhorar a saúde como um todo (VECTORELLI et al., 2013).

A prestação de primeiros socorros rápida é medida fundamental para minimizar danos causados por acidentes ou situações de urgência e emergência, as condutas devem ser tomadas rapidamente, por pessoas em que ali se encontrem, de forma que promovam controle da situação até a chegada da equipe de saúde especializada. Visto a frequência com que pessoas leigas presenciam tais circunstâncias no dia a dia, faz-se necessário, a preparação e informação para que estes, o realizem de forma correta (SILVA, 2022).

6. REDUÇÃO DA MORTALIDADE E AGRAVAMENTO

A parada cardiorrespiratória, é a principal causa de morte em ambiente extra-hospitalar, sendo presenciada na maioria das vezes por leigos, no entanto quando estes sabem realizar corretamente os primeiros socorros, ocorre a redução da mortalidade ou sequelas, tendo em vista que após 10 minutos o risco de morte cerebral é muito alto. Portanto, é importante que cada vez mais pessoas estejam preparadas, para reduzir a esperar do atendimento e aumentar a chance de sobrevida (CARDOSO *et al*, 2017).

Para entendermos que cada vez mais pessoas estejam preparadas para prestar socorro imediato, precisamos saber que há grande impacto associado a demora dos primeiros atendimentos. Uma situação que poderia ser facilmente controlada como asfixia mecânica, causada por ingestão de alimentos pode torna-se grave, pois a obstrução de vias aéreas rapidamente pode evoluir para uma PCR, podendo levar a vítima a óbito. Ao longo da história houve muitos relatos de casos assim, onde se tivesse alguém preparado com primeiros socorros básicos, poderiam sim, terem evitado agravamento da situação, salvando vidas (NETO *et al*, 2017).

Agravos à saúde são danos ou prejuízos que podem ser causadas por situações nocivas como: doenças, lesões, obstrução de vias aéreas, intoxicação, acidentes entre outras situações em que estamos expostos no dia a dia, quando os agravamentos acontecem, há maior risco de piora do quadro de saúde. Em situação em que a vítima precise de uma ação rápida e quem o realiza, faz de forma insatisfatória, a assistência é incapaz de contribuir para minimização de danos que muitas das vezes é causada pela demora de atendimento ou por manobras incorretas, podendo levar a complicações graves para vítima (LAURINDO *et al.,* 2019).

Acesso à intervenção precoce reduz a mortalidade em pacientes que são acometidos por um evento cardíaco. É por isso que na maioria dos países do mundo existe uma conscientização e um conhecimento sobre o uso de desfibriladores automáticos públicos (DAP), o que aumentou a sobrevida dos pacientes com parada cardíaca. Existem estabelecimentos públicos, residenciais e comerciais que têm estes equipamentos, 13% dos locais de trabalho e 11,6% dos estabelecimentos públicos e edifícios residenciais já usaram o DAP pelo menos uma vez no ano passado. Fazendo uma previsão de 10 anos, calcula-se que entre 90 a 100% dos equipamentos públicos poderão ser usados pelo menos uma vez (LISTER P, 2009).

O SBV é crucial para uma resposta positiva frente aos agravos que a urgência e emergência podem acarretar. Durante os primeiros socorros podemos diminuir possíveis complicações causadas pelo atendimento tardio, como agravamento da PCR e/ou hemorragia. O conhecimento acerca do SBV nos possibilita ter uma resposta imediata e correta frente a situações de emergência (TOBASSE *et al.,* 2017). Assim também, Abib S (2006), alerta sobre o perfil de pacientes em emergência, onde observa-se uma predominância de homens jovens. O mecanismo de trauma mais freqüente em crianças está relacionado a transporte, seguido de quedas.

Quando comparados os conhecimentos de pessoas leigas em relação a pessoas que receberam treinamentos, observa-se que há um aumento na quantidade de acertos sobre primeiros socorros, o que pode estar relacionado à metodologias práticas sobre SBV (BASTOS, 2020). O aprimoramento dos desfechos da PCR pediátrica depende de esforços no esclarecimento dos fatores associados a melhor sobrevida com bom prognóstico neurológico (SHIMODA-SAKANO T. M, 2020).

O treinamento devido em primeiros socorros e SBV por leigos, os prepara para serem capazes de prestar socorro de forma segura e correta, diminuindo agravos e mortalidades ocasionados pela demora. Pautado nisso, podemos entender a importância de mais investimentos e métodos de repassar esse conhecimento tão importante e buscar maneiras de despertar cada vez mais interesse nessas pessoas (TIMERMAN *et al.* 2019).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preparação de leigos com treinamentos de SBV para prestar socorro frente a PCR e outros eventos adversos contribui de forma relevante para redução de mortalidade. Leigos que passaram por treinamento adequado mostraram estar apta a prestar socorro até a chegada do suporte básico de vida avançado.

No Brasil, atualmente, já existe a lei Nº 13.722, chamada lei Lucas, que obriga espaços infantis, a terem funcionários e professores treinados com primeiros socorros, no entanto é notório que há necessidade de que vários outros lugares tenham também essa obrigatoriedade, como: faculdades, shoppings, praias, balneários, industriais e etc. Não podemos prever a hora, local ou momento de uma urgência por isso precisamos do máximo de pessoas preparadas prontas para agir. Cabe as autoridades competentes a implantação de incentivo e políticas de saúdes voltada para esse tema tão importante.

O ensino em SBV é uma das intervenções mais importante para reduzir mortalidade e agravamento de vítimas que precisam urgentemente de primeiros socorros, através da capacitação em SBV trazemos maiores chances de sobrevida, tendo em vista que as maiorias das urgências extra-hospitalar são presenciadas por pessoas leigas.

REFERÊNCIAS

[1] ABIB, S. DE C. V.; SCHETTINI, S. T.; FIGUEIREDO, L. F. P. DE. Prehospital pediatric trauma classification (PHPTC) as a tool for optimizing trauma care resources in the city of São Paulo, Brazil. Acta Cirúrgica Brasileira, v. 21, n. 1, p. 7–11, jan. 2006.

[2] AHA. AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte Básico de Vida**. 2020. Disponível em: , https://international.heart.org/pt/our-courses/diretrizes-da-american-heart-association-para-ressuscitacao-cardiopulmonar-e-atendimento-cardiovascular-de-emergencia-2020/. Acesso em: 24 de out de 2022.

[3] BASTOS, T. DA R. et al. Conhecimento de Estudantes de Medicina sobre Suporte Básico de Vida no Atendimento à Parada Cardiorrespiratória. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, n. 4, p. e111, 2020.

[4] BRASIL, Lei Nº 13.722, de 4 de outubro de 2018. **Dispõe sobre capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2018. Disponível em:< https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13722.htm> Acesso em: 25 de mar de 2023.

[5] CARDOSO et al., **Gincana educativa –como salvar uma vida: estratégia sobre primeiros socorros para adolescentes**. Revista Ciência Plural. 2021. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/22122/14190 Acesso em: 25 de ago de 2022.

[6] CARDOSO et al., **Suporte Básico De Vida Para Leigos: Uma Revisão Integrativa**. Revista Unimontes Científica. Montes Claros, v. 19, n.2 - jul./dez. 2017. (ISSN 2236-5257).

[7] LAURINDO et al. **A importância de adaptar as unidades básicas de saúde para o atendimento de urgências e emergências de menor complexidade.** Braz. J.Hea. Rev., Curitiba, v. 2, n. 3,p.1688-1709,

mar./apr. 2019. Disponívem em: < https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/1434/1551> Acesso em: 20 de set de 2022.

[8] LANDA, FERREIRA, **Transferência do conhecimento de suporte básico de vida para leigos e profissionais de saúde: uma revisão integrativa metropolitana de ribeirão preto.** Revista Brasileira Multidisciplinar. 2020. doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i2Supl..810. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/810-Texto%20do%20Artigo-3476-1-10-20201221%20(3).pdf Acesso em 25 de out de 2022.

[9] LISTER, P. et al.. Uso do desfibrilador automático externo no ambiente pré-hospitalar peruano: melhorando a resposta a emergências na América Latina. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 21, n. 3, p. 332–335, jul. 2009.

[10] MAIA, E. R. et al.. Conhecimentos em atenção pré-hospitalar e suporte básico de vida por estudantes recém-ingressos de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 38, n. 1, p. 59–64, jan. 2014.

[11] NETO et al., **Intervenções de educação em saúde sobre primeiros socorros para leigos no brasil: revisão integrativa.** Cienc Cuid Saude. 2017. Disponível em: <Vista do <b>Intervenções de educação em saúde sobre primeiros socorros para leigos no Brasil: revisão integrativa/Health education interventions on first aid measures for lay people in Brazil: integrative review<b> (uem.br)>Acesso em: 25 de ago de 2022.

[12] PERGOLA, Aline Maino; ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia. **O Leigo e o Suporte Básico De Vida**. Faculdade de Ciências médicas da universidade estadual de campinas. Campinas, SP, Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NZRG6PhngJFqwtnrPy4pTNQ/?lang=pt Acesso em 24 de ago de 2022.

[13] SHIMODA-SAKANO, T. M.; SCHVARTSMAN, C.; REIS, A. G.. Epidemiology of pediatric cardiopulmonary resuscitation. Jornal de Pediatria, v. 96, n. 4, p. 409–421, jul. 2020.

[14] SILVA et al., **Conhecimento de leigos sobre os primeiros socorros no ambiente extra-hospitalar**. Revista Nursing. 2022. Disponível em: < https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2597/3155> Acesso em: 25 de ago de 2022.

[15] SOUZA, Marcia T; SILVA, Michelly D; CARVALHO, Rachel. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Ainsten. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 02 de jun de 2022.

[16] TIMERMAN et al. **Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** Sociedade Brasileira de cardiologia. 2019. Acesso em: 20 de set de 2022. Disponível em: < file:///C:/Users/Usuario/Downloads/11303025.pdf>

[17] TOBASSE et al**., Suporte Básico De Vida: Avaliação da Aprendizagem Com Uso De Simulação E Dispositivos De Feedback Imediato**. Rev. Latino-Am. Enfermagem ;25:e2942. 2017. Disponível em: <avaliacao da aprendizagem.pdf>. Acesso em: 18 de abr de 2022.

[18] TONY et al., **Ensino de Suporte Básico de Vida para escolares: estudo quase-experimenta.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 28:e3340. 2020. Disponível em: < Ensino de Suporte Básico de Vida para escolares.pdf>. Acesso em: 18 de abr de 2022.

[19] VICTORELLI et al., Suporte Básico de Vida e Ressuscitação Cardiopulmonar em adultos: conceitos atuais e novas recomendações. Rev assoc paul ciR dent 2013;67(2):124-8. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/a07v67n2.pdf Acesso em: 25 de mar de 2023.

[20] MICHAELIS: dicionário escolar língua portuguesa – São Paulo: Editora Melhoramentos, 2008.

CAPÍTULO

18 Impactos biopsicosociais em idosos vivendo com HIV/AIDS

Ari Bruno Teixeira Borges[1], Evandro Dias Bezerra[2], Graciana de Sousa Lopes[3], Loren Rebeca Anselmo do Nascimento[4]

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença infecciosa e disseminada em sua maioria por meio de relação sexual sem preservative, que afeta o sistema imunológico, principalmente os linfócitos TCD4, responsáveis por proteger o organismo de diversas doenças, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é o agente patogênico. Deve-se enfatizar que estar infectado pelo HIV não é o mesmo que ter AIDS. (LIMA; MAIA; SOUSA, 2013).

Quando se trata de sexualidade, os pesquisadores observam que, mesmo depois dos 80 anos, os adultos mais velhos permanecem sexualmente ativos. Embora o envelhecimento populacional e a vulnerabilidade dos idosos às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) sejam evidentes, ainda são poucas as investigações que abordam os fatores associados a esse problema, principalmente no Brasil, o que sugere que essas taxas de infecção são maiores entre os maiores de 50 anos (ANDRADE et al., 2017).

Entre 2012 e 2021 a parcela de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, o grupo dessa faixa etária expandiu de 22,3 milhões para 31,2 milhões, crescendo 39,8% no período, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017 (IBGE, 2021).

Com os avanços da indústria farmacêutica produzindo facilitadores de relação sexual, o grupo da terceira idade tem vivenciado um prolongamento da vida sexual ativa. Atrelado a isso estão os riscos de acometimento por ISTs, como o HIV (ALVES; LOPES; BARBOSA, 2017).

No Brasil, de 2007 até junho de 2021, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) notificou 381.793 casos de HIV e, em 2020, foram diagnosticados 32.701 novos casos. Os casos de AIDS chegaram a 29.917 em 2020. No mesmo ano, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) registrou 10.417 óbitos decorrentes da AIDS, com taxa de mortalidade padrão de 4,0/100.000 habitantes (BRASIL, 2022).

As pessoas vivendo com HIV/AIDS, assim como todos os cidadãos brasileiros, têm direitos previstos na Constituição brasileira, que incluem a dignidade da pessoa humana eo acesso à saúde pública, sendo, portanto, garantidos por lei. O Brasil possui legislação específica voltada aos grupos mais vulneráveis ao preconceito e à discriminação, como homossexuais, mulheres, crianças, negros, idosos e portadores de doenças infecciosas crônicas e pessoas com deficiência (BRASIL, 2022).

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: brunno.texeira@gmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: evandrobezerra913@gmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. E-mail: gracilopess@hotmail.com
[4] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. E-mail: loren.nascimento@fametro.edu.br

Ainda assim, muitos profissionais de saúde têm dificuldade em vincular as ISTs aos idosos. Na maioria dos casos, a sorologia para HIV nesses indivíduos não foi realizada em tempo hábil, resultando em diagnóstico tardio após investigação prolongada e exclusão de outras condições (CARVALHO; ARAGÃO, 2022).

Não considerar que os idosos estão suscetíveis à infecção pelo HIV diminui a chance de haver um diagnóstico precoce. Isso influencia diretamente no prognóstico, visto que é um público que comumente já apresenta comorbidades pré-existentes que podem sofrer progressão se a replicação viral não for controlada através do tratamento (VIEIRA et., 2021).

Além disso, muitas vezes as intervenções profissionais centram-se na adesão aos medicamentos antirretrovirais, porém, pode haver descuidos em relação às questões emocionais e à promoção do autocuidado. A assistência profissional deve garantir suporte social para melhorar a qualidade de vida, protegendo e melhorando o estado psicossocial do idoso e reduzindo manifestações clínicas como depressão, ansiedade e distúrbios do sono (REIS et al., 2011).

Importante ter em mente que a infecção pelo HIV não é “apenas” um processo biológico a ser enfrentado. Com as alterações no peso corporal, por exemplo, o humor e a autoestima são afetados, e consequentemente os sintomas de depressão. Outro ponto é a dependência que também influencia na autoimagem, que por sua vez, impacta na percepção de qualidade de vida (ALEBEL et al., 2021).

Diante disso, é importante entender que os agravos podem surgir de maneiras diferentes, influenciadas pelos aspectos socioeconômicos, demográficos e culturais a que estão expostas. Portanto, é necessário integrar os processos de enfretamento da doença e compreender como os determinantes biopsicossociais contribuem para agravamentos (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. EVOLUÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV ENTRE OS IDOSOS

Assim como outras áreas da saúde, a indústria farmacêutica passou por avanços científicos e, além de diversos medicamentos, surgiram aqueles que controlam a impotência sexual. Como consequência dessa evolução cientifica, houve um prolongamento da vida sexual ativa entre os idosos, fazendo com que o público dessa faixa etária esteja vulnerável às infecções sexualmente transmissíveis, como a do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), (ALVES; LOPES; BARBOSA, 2017).

Em 2021, o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS publicou que no ano de 2010, a maiortaxa de detecção de AIDS foi observada entre as mulheres de 30 a 34 anos e em 2020, a faixa com maior detecção foi a de 40 a 44 anos (BRASIL, 2021). Vale salientar que somentea partir de 2014 a detecção do HIV passou a compor o quadro de notificação compulsória (MORAES et al., 2021).

Outros dados reforçam a maior incidência do HIV/AIDS entre os indivíduos de meiaidade e idosos. Uma pesquisa realizou um levantamento epidemiológico no SINAN e constatou que entre 2007 a 2018 foram notificados 2.679 casos de HIV/AIDS na população com 50 anos ou mais, só no estado do Pará. Com isso constatou-se que durante o período do estudo houve aumento de 2.203,85% na taxa de incidência de HIV e de 48,50% na de AIDS (MORAES et al., 2021).

Tendo em vista esses dados e somado à ideia equivocada de que idosos não praticam atividade sexual, surgem os problemas. Uma vez que o indivíduo suscetível às ISTs é visto como assexual, os alertas quanto à prevenção são deixados de lado assim como o diagnóstico precoce advindo pela equipe de saúde. (ANDRADE et al., 2017).

Alguns estudos como o de Aguiar et al (2020), constataram que há um déficit no conhecimento sobre a sexualidade entre os idosos que vivem com HIV/AIDS acompanhado à pouca preocupação em mudar esse cenário. Apesar da existência de campanhasvoltadas para a conscientização do HIV/AIDS, como o "Dezembro Vermelho", o público alvo das ações em saúde tende a focar mais nos jovens e adultos, invalidando pessoas da terceira idade.

2.2. ASPECTOS BIOPSICOSSOCIAIS

A qualidade de vida depende de diversos fatores, sendo um reflexo de questões multifatoriais como o meio de convívio social, percepção individual de si próprio, expectativas, preocupações, condição socioeconômica, saúde física e psicológica. Como a infecção pelo HIV resulta em uma condição crônica que ainda é carregada por preconceitos, o suporte assistencial deve abranger todos os cenários em que o idoso está inserido, visando garantir e preservar uma boa qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2014).

O processo saúde/doença está associado à muitas variáveis capazes de potencializar o risco de agravos de quem vive com HIV/AIDS, especialmente os idosos, em razão da vulnerabilidade física, ambiental e status socioeconômico que está diretamente relacionado ao emprego, educação e moradia (PAIVA; PEDROSA; GALVÃO, 2019).

Acrescido a isso, ao avaliar a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS, Oliveira et al. (2014), notou que os domínios físico e psicológico obtiveram os menores escores quando comparados aos demais, sendo eles os domínios de nível de independência, relação social, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças.

Possíveis alterações psicológicas podem ser temporárias devido às consequências de um diagnóstico positivo de HIV / AIDS ou evoluir para um quadro clínico mais grave. Nesse contexto, a pessoa reage à possibilidade de perder a saúde a família o emprego e até a própria vida. Além disso, a autopercepção e a autoestima podem mudar em algumas ocasiões, pois podem emergir sentimento de culpa por ter contraído a infecção (TWEYA et al., 2017).

Em comparação à outras faixas etárias, entre os idosos a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), síndromes geriátricas, limitações físicas, perda cognitiva, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social são significativamente maiores nessa população. Com isso, o termo "Síndrome da Fragilidade" vem sendo usando para caracterizar essa condição de natureza multifatorial, embasada nas alterações neuromusculares, desregulação do sistema neuroendócrino e disfunção do sistema imunológico, tornando o idoso mais vulnerável às complicações agudas, com maior dificuldade de recuperação. (AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017).

Tendo em mente que, mesmo sem o diagnóstico de HIV/AIDS, a idade mais avançada é acompanhada pela vulnerabilidade em saúde e certas limitações físicas, a criação de políticas públicas voltadas para o grupo da terceira idade mediante ao fortalecimento da equipe multidisciplinar são decisivos para o incentivo à realização de ações em saúde que atendam às necessidades a partir da atenção primária. As ações

devem atentar-se aos aspectos clínicos, psicológicos, físicos e sociais, pois refletem diretamente na qualidade de vida. (MEDEIROS et al., 2017).

3. METODOLOGIA

Este estudo possui como método a revisão integrativa da literatura (RIL), caracterizada por permitir uma busca mais abrangente a depender dos critérios de inclusão e exclusão adotados. Após análise crítica de pesquisas científicas publicadas, torna-se possível compreender o assunto de interesse abstraindo informações fidedignas, e a partirdisso, sintetizar as informações obtendo um resultado da pesquisa (COOPER, 1984).

Para esta etapa foi formulado estratégias de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

A estratégia de pesquisa aplicada baseou-se nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) com os seguintes termos selecionados: Idosos; HIV; AIDS. Após isolar os termos de maneira combinada através de um truncamento utilizado a lógica com o operador booleano “AND” tornou-se possível encontrar estudos que englobam a temática em questão.

Esta revisão foi desenvolvida baseando-se em seis etapas. São elas: (1) Identificação do tema; (2) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão a serem utilizados; (3) Coleta de dados; (4) Análise crítica dos estudos incluídos; (5) Interpretação dos resultados; (6) Elaboração da síntese de revisão com todas as questões propostas nos objetivos.

Como base para a fundamentação desta revisão foi adotado os seguintes critérios de inclusão: pesquisas científicas publicadas em revistas e disponíveis em banco de dados que expressam confiabilidade e fidedignidade, disponibilidade de acesso ao conteúdo completo gratuitamente e publicados nos últimos 10 anos.

O critério de exclusão foi aplicado a todos os artigos que não possuíam conteúdo do tema previsto e/ou incompletos, artigos repetidos nas bases de dados e aqueles publicados em idiomas além do português, inglês e espanhol.

Através do fluxograma Prisma abaixo, observa-se detalhes da estratégia de busca para a seleção de estudos científicos sobre a temática de interesse da revisão integrativa, considerando o recorte temporal, a disponibilidade e o escopo do estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estratégia de pesquisa científica foi baseada nos seguintes Descritores de Ciências da Saúde indexados (DeCS): “Idosos” AND “AIDS”. Com isso foi obtido um total de 203 artigos acerca da temática. Com os critérios de inclusão e exclusão o número reduziu para 22. Após a análise minuciosa das pesquisas, 15 publicações foram selecionadas para compor esta pesquisa.

Com o propósito de otimizar a coleta de informações importantes e organizá-las, foiutilizado como ferramenta um quadro, salientando as seguintes informações a respeito dos artigos selecionados: título, autor, ano de publicação, idioma, base de dados e resultados com a síntese das principais evidências (Quadro 1).

Quadro 1: Artigos selecionados para revisão.

Nº	Título	Autor/ano/ idioma	Base de dados	Resultados
1	Correlação entre qualidade de vida, depressão, satisfação e funcionalidade das pessoas idosas com HIV	Araújo KM, et al, (2021) português	SCIELO	A preocupação voltada para o sigilo do diagnóstico e função sexual apresentaram menores médias: (49,59) e (54,25), respectivamente. A preocupação com a medicação, preocupação com a saúde e aceitação do diagnóstico obtiveram resultados positivos apresentando as respectivas médias: (86,35), (82,94), (80,65).
2	Estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas idosas com HIV no Brasil	Nierotka RP et al, (2022) português	SCIELO	As estratégias de enfrentamentos adotadas estiveram voltadas no apoio dos profissionais de saúde e por parte da família e amigos. Parte da estratégia de enfretamento é complementada com a espiritualidade e a busca pelo sigilodo diagnóstico.
3	Fatores que interferem na qualidade de vida de idosos com HIV/AIDS: uma revisão integrativa	Santana PP, et al,(2018) português	SCIELO	Foi possível concluir que a qualidade de vida dos idosos que vivem com HIV/AIDS sofre interferências positivas e/ou negativas dos seguintes fatores: idade, comorbidades, depressão, uso das TARVs, abordagem das doenças oportunistas e aperfeiçoamento da assistência profissional.
4	Perfil sociodemográfico de idosos com vírus da imunodeficiência humana em um estado do nordeste brasileiro	Souza IB, et al (2019), português	LILACS	As questões culturais demonstraram interferir nessa realidade, pois estão associadas a uma limitação ou falsa necessidade dos profissionais de saúde aprender as DST devido ao conceito de assexualidade em idosos.
5	Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS	Okuno MF, et al, (2014) português	SCIELO	As comorbidades mais prevalentes entre os entrevistados foram as doenças cardiovasculares. Ao avaliar a qualidadede vida de idosos vivendo com HIV/aids, os domínios do HAT-QoL com os menores escores médios foram: preocupação com sigilo, atividade sexual e preocupação financeira.
6	Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e exercício físico em pessoas vivendo com HIV/AIDS	MedeirosRC, et al(2017), português	SCIELO	As características da população estudada mostram onde os domínios de qualidade de vida mais comprometidos foram inquietações financeiros, inquietações com a privacidade função geral e satisfação com a vida.
7	Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio	Alencar RA, Ciosak SI (2016) português	SCIELO	A falta de um olhar mais contemplativo por parte dos profissionais de saúde para com o idoso surge como um fator contribuinte para que haja diagnóstico tardio do HIV noidoso, passando a ser cada vez mais comum o diagnóstico no serviço secundário e terciário e não na atenção primária.
8	Revisão integrativa: assistência de enfermagem a pessoa idosa com HIV	Silva AG, et al, (2018) português	SCIELO	Os estudos selecionados demonstram que o serviço de enfermagem ainda possui uma assistência mais focada na clínica e baseada nos diagnósticos da NANDA. É necessário desenvolver uma abordagem menos individualizante e baixa consideração dos aspectos sociais.

- ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM IDOSOS COM HIV/AIDS

Embora o vírus da imunodeficiência humana (HIV) tenha sido descoberto há mais de quatro décadas, pessoas com o diagnóstico soropositivo ainda são atingidas pela

discriminação. O medo da rejeição, especialmente de pessoas mais próximas, surge como principal motivação para manter o sigilo do diagnóstico (SILVA, 2019).

Estudos como o de Santana et al. (2018), têm enfatizado que o enfrentamento da vida com HIV exige resiliência visto que o bem-estar psicológico e a esperança de uma vida longa são impactados quando não há otimista na vida, na recuperação e aceitação da nova condição crônica.

Em concordância, Caliari et al. (2018), sugerem que a baixa qualidade de vida e preocupação em ocultar a condição de soropositividade estariam relacionados por conta do medo durante o processo de aceitação acompanhado de culpa e vergonha. Tais sentimentos contribuem para o surgimento da ansiedade, depressão e desejo de morte.

Essas evidências reforçam a importância do desenvolvimento de estratégias que integrem ações voltadas a preservação do bem-estar psíquico e emocional, de forma que o paciente receba um cuidado humanizado e de assistência longitudinal e integral.

Nesta circunstância, Nierotka e Ferretti (2022), descreveram que, após a descobertado HIV, os colaboradores da pesquisa optaram por manter primeiramente o sigilo do diagnóstico, a fim de reduzir o sofrimento e aumentar o bem-estar psicológico através da fuga do preconceito e discriminação. Os relatos abaixo evidenciam essa questão:

> [...]ainda hoje existe muito preconceito, caso as pessoas souberem do diagnóstico do outro, já olham diferente, se afastam, sentem medo de sentar ou de passar por perto [...] por esse motivo que eu tenho muito cuidado para não contar a ninguém, assim eu não preciso passar por essa discriminação e/ou isolamento [...] (Paciente,18 anos com HIV). (NIEROTKA; FERRETTI, 2022, p 4).

Em complemento, Barros et al. (2018), explicam que o medo e a dificuldade de aceitação entre os idosos com HIV e até mesmo a maior vulnerabilidade à infecção entre os idosos não infectados está relacionado ao baixo nível de escolaridade, e Souza et al. (2019), observou que de acordo com o grau de escolaridade, o nível socioeconômico também surge como um indicador entre os idosos que vivem com HIV/AIDS.

Posto isso, acredita-se que o baixo nível de escolaridade é uma variável importante de estratificação social, levando a um nível socioeconômico desfavorável, tornando os indivíduos mais vulneráveis ao HIV e trazendo impactos sobre a saúde.

No que se refere ao diagnóstico da depressão, Araújo et al. (2021), identificaram que mais da metade da amostra não apresentava sintomas depressivos. Contudo, Reis et al. (2011), ressalta a barreira entre as manifestações da depressão e da infecção é imprecisa pois os sinais e sintomas se assemelham como, fadiga, alteração do sono e inapetência.

Nesse sentido, é fundamental que os clínicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais da saúde consigam identificar a sintomatologia depressiva e que a mesma receba a devida atenção para uma boa qualidade de vida.

Para a pesquisa de Silva et al. (2021), foi utilizada a escala de depressão geriátrica Yesavage (GDS–15) para rastreio de sintomatologia depressiva. Foi observado que o rastreio de sintomatologia depressiva por meio do GDS-15 chegou a atingir 46%, sugerindo um subdiagnóstico, visto que a análise dos prontuários demonstrou somente 5,9%.

No estudo de Cruz e Ramos (2015), concluiu-se que 24,1% dos idosos que compuseram o público de pesquisa apresentavam depressão leve ou distimia (depressão de longa duração). Ao ser comparada com outras DCNT, a depressão surgiu como a segunda mais frequente, com (23,4%), ficando atrás da hipertensão, com (52,5%).

Perante o exposto, presume-se uma subnotificação da depressão, com isso a assistência prestada ao paciente pode ser insuficiente.

- Desafios relacionados à otimização das condutas frente ao idoso com HIV/AIDS

Pereira et al. (2022), apontam que, através de melhorias de avanços em serviços de saúde, não só a expectativa de vida aumentou. Devido as drogas facilitadoras da relação sexual, os idosos estão vivenciando um prolongamento da vida sexual, o que os deixa suscetíveis às ISTs, como o HIV/AIDS.

Em harmonia com Pereira et al. (2022), Vieira et al. (2021), apresentam aumento do número de casos de HIV/AIDS em idosos no Piauí, corroborando com estudos nacionais, constatando esse crescimento relacionado ao aumento da expectativa de vida e ao não usode medidas preventivas para prática sexual.

Em virtude desses aspectos é possível compreender que a saúde do idoso também dependem da atenção dos profissionais da saúde e por conta disso, é importante o desenvolvimento de um olhar ausente dos estigmas cultivados ao longo do tempo.

Conforme Medeiros et al. (2017), há indícios de que o estresse pode acelerar a progressão do HIV/AIDS, aumentando a replicação viral e suprimindo a resposta do sistema imunológico.

Na categoria assistência de enfermagem frente ao idoso portador do vírus HIV/AIDS,Silva et al. (2018), apresenta que a atuação dos profissionais no atendimento aos idosos que vivem com HIV/AIDS deve-se estruturar considerando a necessidade de oferecer suporte e transmitir informações. Cuidar de idosos vivendo com HIV/AIDS é uma tarefa exigente que requer profissionais com habilidades técnico-científicas para uma avaliação ampla, sistemática e contínua, com foco na capacidade funcional, ressaltando que a idadeé um fator importante a ser considerado. Durante a consulta, os profissionais têm a oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica com o idoso, estabelecendo uma interação íntima e garantindo a confiança para o sucesso no tratamento do idoso.

Em concordância, Alencar e Ciosak (2015), lembra que é essencial ter uma visão mais ampla para implementar ações para além da medicação, incluindo ferramentas para enfrentar com sucesso os problemas vivenciados pelos idosos soropositivos e seus próximos, levando a hábitos de vida mais saudáveis e menor disseminação de doenças.

É imprescindível que as equipes assistenciais se comprometam a criar objetos/atividades para seus clientes para conscientizá-los sobre a necessidade do uso das TARVs. É importante criar recursos de informação que possam atingir as pessoas em processo de envelhecimento e facilitar a mudança de comportamentos de risco entre elas.

Alencar e Ciosak (2016), enfatiza que o papel da equipe assistencial no cuidado diário é proporcionar um olhar individualizado e holístico para o idoso, oferecer suporte digno e reforçar um contrato de saúde mais humanizado que inspire o autocuidado do idoso.

Tweya et al. (2017), ainda salienta que o sucesso do tratamento não pode se limitar apenas à medicação pois sua adesão também envolve outros fatores, como mudanças na dieta e no comportamento, que correspondem à adaptação a novos hábitos, consultas de rotina, exames regulares, atenção à prevenção, alimentação e promoção do autocuidado pois até mesmo os medicamentos podem causar toxicidade de órgãos.

Diante do que foi citado, torna-se evidente a importância do suporte advindo dos profissionais de saúde em aspectos que não se limitem a questões patológicas, uma vez que, ao se sentirem respeitados e acolhidos, os idosos tendem a se manter mais confiantes a acabam aderindo ao tratamento com mais facilidade.

Por conta dessas barreiras existentes, Brandão et al. (2020), buscaram compreender as formas de enfrentamento ao HIV/AIDS pela perspectiva do idoso. Notou-se que o diálogo e o acolhimento advindo da equipe de saúde contribuem para o processo de aceitação da nova condição crônica, e por sua vez, com o bem-estar físico e mental.

Levando em consideração esses aspectos, percebe-se que alguns idosos podem apresentar dificuldade quanto ao entendimento e aceitação do diagnóstico. Tendo isso em mente, a assistência de enfermagem surge como elemento fundamental no prognóstico em consequência do diálogo entre profissional e paciente, gerando melhorias durante o percurso da infecção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos aspectos mencionados percebe-se que a população idosa tem sido cada vez mais acometida pelo HIV/AIDS, por isso é imprescindível que se tenha em mente que o indivíduo é afetado em outros aspectos além da condição biológica – agravada também pela idade –. No contexto social, o preconceito contra pessoas que vivem com HIV/AIDS ainda é muito presente e isso pode acarretar uma série de danos que afetam o bem-estar mental como a ansiedade e a depressão.

Partindo dessa premissa, faz-se necessário que, tanto os profissionais de saúde quanto pessoas do convívio social estejam cientes que idosos que vivem com HIV/AIDS carecem de uma assistência integral, tratando os aspectos psicológicos e sociais com a mesma atenção que os aspectos clínicos, independente de sinais e sintomas depressivos, servindo como prevenção e apoio, pois também são determinantes para uma boa qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

[1] AGUIAR, Rosaline Bezerra; LEAL, Márcia Carréra Campos; MARQUES, Ana Paula de Oliveira. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 25, n. 6, p. 2051-2062, jun. 2020.

[2] ALEBEL, Animut; DEMANT, Daniel; PETRUCKA, Pammla; SIBBRITT, David. Effects of undernutrition on mortality and morbidity among adults living with HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. **Bmc Infectious Diseases**, v. 21, n. 1, p. 1-20, 4 jan. 2021.

[3] ALENCAR, Rúbia Aguiar; CIOSAK, Suely Itsuko. AIDS em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 69, n. 6, p. 1140-6, 2016.

[4] ALENCAR, Rúbia Aguiar; CIOSAK, Suely Itsuko. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.l.], v. 49, n. 2, p. 229-235, abr. 2015.

[5] ALVES, Márcia Aparecida; LOPES, Rosineia Mendes dos Reis; BARBOSA, Aliny. As dificuldades enfrentadas pelo paciente idoso diagnosticado com o HIV: olhar do enfermeiro diante da problemática. **Revista Saúde em Foco**, [S.l], v. 9, p. 691-700, 2017.

[6] ANDRADE, Juliane, et al. Vulnerabilidade de idosos à infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 8-15, Jan. 2017.

[7] ARAÚJO, Kydja Milene Torres, et al. Correlação entre qualidade de vida, depressão, satisfação e funcionalidade das pessoas idosas com HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 74, n. 2,p. 1-7, 2021.

[8] AUGUSTI, Ana Carolina Veloso; FALSARELLA, Gláucia Regina; COIMBRA, Arlete Maria Valente. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 12, n. 39, p. 1-9, 22 maio 2017.

[9] BARROS, Ticyanne Soares; MIRANDA, Karla Corrêa Lima; COELHO, Manuela de Mendonça Figueirêdo. Idosos com HIV/AIDS: compreendendo a base ideológica de suas vivências. **Revista Enfermagem Uerj**, [S.L.], v. 26, p. 1-6, 25 ago. 2018.

[10] BRANDÃO, Brígida Maria Gonçalves de Melo, et al. Convivendo com o HIV: estratégias de enfrentamento de idosos soropositivos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.l.], v. 54, p. 1-8, 2020.

[11] BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021**. 2022. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021. Acesso em: 05 fev. 2023.

[12] BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos das PVHIV**. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids/direitos-das-pvhiv. Acesso em: 19 fev. 2023.

[13] BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde – **Boletim Epidemiológico - AIDS e IST**, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids. Acesso em: 20, fev. 2023.

[14] CALIARI, Juliano de Souza, et al. Quality of life of elderly people living with HIV/AIDS in outpatientfollow-up. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 71, n. 1, p. 556-565, 2018.

[15] CARVALHO, Paula Arruda de; ARAGÃO, Ivana Picone Borges de. Epidemia de HIV/AIDS entre a população idosa do Brasil de 2008 a 2018: uma análise epidemiológica. **Hu Revista**, v. 48, p. 1-7, 24 ago. 2022.

[16] CRUZ, Gylce Eloisa Cabreira Panitz; RAMOS, Luiz Roberto. Limitações funcionais e incapacidadesde idosos com síndrome de imunodeficiência adquirida. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 28, n. 5, p. 488-493, ago. 2015.

[17] MEDEIROS, Rafaela Catherine da Silva, et al. Quality of life, socioeconomic and clinical factors, and physical exercise in persons living with HIV/AIDS. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 51, p. 51-56,20, Jul. 2017.

[18] MORAES, Thayse Moraes, et al. Análise espaço-temporal da epidemia do HIV em idosos num estado amazônico brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 24, n. 1, p.1-12, 2021.

[19] NIEROTKA, Rosane Paula; FERRETTI, Fátima. Estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas idosas com HIV. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 1- 10, 2022.

[20] OKUNO, Meiry Fernanda Pinto et al. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 7, p. 1551-1559, jul. 2014.

[21] OLIVEIRA, Josélio Soares Filho, et al. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 1, p. 61-68, abr. 2014.

[22] PAIVA, Simone de Sousa; PEDROSA, Nathália Lima; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz. Análise espacial da AIDS e os determinantes sociais de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. 1-12, 2019.

[23] PEREIRA, Raquel de Brito et al. Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/ AIDS: revisão integrativa. **Espaço Para A Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, [S.l.], v. 23, p.1-10, 2022.

[24] REIS, Renata Karina et al. Sintomas de depressão e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.l], v. 19, n. 4, p. 1-8, 2011.

[25] SANTANA, Pedro Paulo Corrêa et al. Fatores que interferem na qualidade de vida de idosos com HIV/AIDS: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 1-10, 20 dez. 2018.

[26] SILVA, Arayana Gomes da et al. Integrative review of literature: nursing care to aged people with HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 71, n. 2, p. 939-47, 2018.

[27] SILVA, Gabriela. **Assistência de enfermagem ao idoso portador do vírus HIV/AIDS**: revisão sistemática de literature. Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca, 2019.

[28] SOUZA, Itamara Barbosa et al. Sociodemographic profile of elderly persons with the human immunodeficiency virus in a state in the northeast of Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 1-9, 2019.

[29] TWEYA, Hannock, et al. Characteristics and outcomes of older HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy in Malawi: a retrospective observation cohort study. **Plos One**, [S.L.], v. 12, n.7, p. 1-11, 7, jul. 2017.

[30] VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito, et al. Tendência de infecções por HIV/AIDS: aspectos da ocorrência em idosos entre 2008 e 2018. **Escola Anna Nery**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 1-8, 2021.

CAPÍTULO

19 Estigma social e hanseníase em idosos: revisão narrativa da literatura

Letícia de Sousa Bezerra[1], Lilian Sousa dos Santos[2], Larissa Barbosa Lemos[3], Graciana de Sousa Lopes[4], Loren Rebeca Anselmo do Nascimento[5]

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Silveira, Campo e Berndt (2006), a Hanseníase é causada pelo Mycobacterium leprae, descrita por Hansen em 1873, de características crônicas granulomatosa e tida como a primeira bactéria patógena para o Homem. É uma doença infectocontagiosa, com alta infectividade e de evolução prolongada, com grande potencial incapacitante, porém, com baixa patogenicidade. Pode ter períodos de agudização, constituindo-se o que se chama reação hansênica ou estados reacionais, que quando não identificados e tratadas podem levar a graves deformidades físicas, e por consequente estigma social.

Apesar de ser tradada com poliquimioterápicos, sendo assim considerada uma doença curável, é tratada como um sério problema de saúde pública mundial, visto que a doença pode levar a neuropatias, que causam deformidades e incapacidade física, além do descaso com a inclusão de novas drogas, a escassez de novos exames complementares para um diagnóstico efetivo e o acompanhamento das sequelas que ela causa somam para este continue sendo um problema de saúde público no Brasil e no Mundo (JÚNIOR et al., 2021; DA SILVA, DOS REIS e DA SILVA, 2021).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a hanseníase é classificada com uma das vinte doenças tropicais negligenciadas, devendo-se ao fato de condições socioeconômicas, reconhecendo os pacientes em dois grupos: paucibacilares e multibacilares. As classificações usadas no Brasil são a de Madri (Congresso Internacional, 1953) e de Ridley e Joplingc (1996), uma considera virchowiano e turbuculóide; indeterminado e dimorfo, a outra muito utilizada em pesquisa e considera a resistência do hospedeiro, descritos como: dimorfo-tuberculoide, dimorfo-dimorfo e dimorfo virchowiano, virchowiano-subpolar e virchowiano (ARAÚJO, 2003; WHO, 2021).

A doença de Hansen afeta principalmente as populações dos países em desenvolvimento, isso pode ser visto nas detecções globais de 2016 já que a Índia, o Brasil e a Indonésia correspondem por 81% dessas detecções enquanto no ano de 2015, os casos brasileiros ocupavam o segundo lugar no ranking mundial, em relação ao registro de pessoas diagnosticadas com hanseníase correspondendo a 26.395 casos, ficando atrás da Índia, que registrava 127.326 casos (WHO, 2016; WHO, 2015).

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: dsbleticiasousa@hotmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: santosliliansousa@gmail.com
[3] Enfermeira, Especialista em Saúde Pública com ênfase em Vigilância em saúde. Email:barbosalemoslarissa@gmail.com
[4] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com
[5] Mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: loren.nascimento@fametro.edu.br

Segundo Crusoé (2004, p. 107, apud Maia 1970) Um dos aspectos entendidos por Moscovici, é a existência de um conhecimento de senso comum, onde se permite explicar determinadas práticas. Esse conhecimento é visto por ele como um conhecimento verdadeiro. Esse conhecimento de senso comum, por ser um conhecimento delimitado, ele se diferencia do conhecimento científico, no qual busca a generalização. Assim, a teoria das Representações Sociais é uma proposta científica de leitura do conhecimento de senso comum e, nesse sentido, preocupa-se com o conteúdo das representações.

O interesse por esse estudo surgiu através da vivência com esse determinado público, por parte de uma das autoras deste estudo, na qual mediante o dia a dia observou dentro da comunidade as dificuldades que um idoso portador de hanseníase sofre em meio às representações sociais.

Essa linha de pesquisa busca compreender a realidade das pessoas idosas que vivenciaram o adoecimento por hanseníase e como convivem com as respectivas sequelas da doença no processo de envelhecimento, somados há algumas das causas que interferem no cuidado do idoso dizem, respeito às normas, atitudes, valores e crenças. Esse fenômeno caracteriza uma forma de conhecer o mundo na qual são construídas explicações pautadas no conhecimento do senso comum referente a um objeto social, nesse caso, o cuidado ao idoso. “A teoria das representações sociais operacionaliza formas de conhecimento dos objetos, possibilitando acessar sua dinâmica e diversidade” (MOSCOVICI, 1978).

Nessa perspectiva, é importante discutir a hanseníase como processo de dificuldade frente às mudanças do envelhecimento, buscando subsídios para ferramentas relacionadas à dignidade humana.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é: 1. discutir as representações sociais da hanseníase entre idosos portadores da doença, com base nos fatores culturais, econômicos, políticos, sociais, biológicas, espirituais e dimensões psicossociais e 2. descrever os cuidados e prevenção de agravos à saúde das pessoas idosas acometidas de hanseníase.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ASPECTOS RELACIONADOS À HANSENÍASE

A hanseníase caracteriza-se pela multiplicidade de sintomas e sinais. O modelo biomédico classifica a diversidade de manifestações em quatro formas clínicas, segundo critério de predominância de um ou outro sintoma. Assim, na forma tuberculóide, há o predomínio de lesões do tipo placas; a virchowiana, por sua vez, caracteriza-se pela vermelhidão, infiltração (como inchaço) da pele de forma disseminada; a dimorfa caracteriza-se por lesões avermelhadas, infiltradas nas bordas, apresentando tamanhos variados e estando, às vezes, agrupadas e numerosas, com aspecto de queijo tipo suíço. A última forma clínica é a indeterminada, quando as manifestações se caracterizam por manchas geralmente brancas (TALHARI; CRUZ; CARNEIRO, 1997).

Além dessas manifestações na pele, há acometimento dos nervos periféricos, localizados principalmente nos membros superiores e inferiores, na face e no pescoço. Outras manifestações podem surgir antes, durante ou depois da poliquimioterapia, os chamados quadros reacionais do tipo I e II. Caracterizam-se por dores, intensas, generalizadas ou localizadas nas articulações. Na pele podem aparecer nódulos muito

dolorosos, e avermelhados. Algumas vezes o doente pode apresentar febre elevada, fraqueza intensa e piora do estado geral. A diversidade de manifestações concorre para múltiplas possibilidades de interpretação, levando frequentemente à confusão com outras doenças e para diagnósticos tardios ou errôneos (BRASIL, 2002).

Como forma de prevenir o avanço de incapacidades já instaladas e prevenir futuras incapacidades e deformidades, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa de Controle da Hanseníase, propõe ações educativas em autocuidado, por meio de três manuais: "Autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés" (para usuários), "Eu me cuido e vivo melhor" (caderno de monitoramento do autocuidado para usuários) e "Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase" (para profissionais de saúde e usuários capacitados para atuar como coordenadores de grupos). No que diz respeito aos usuários, as estratégias de prevenção incluem uma série de cuidados técnicos e exercícios com enfoque predominantemente na face, em especial nos olhos e no nariz, nas mãos e nos pés, locais mais afetados pela hanseníase (BRASIL, 2010b).

2.1.1. CLASSIFICAÇÃO

Segundo a classificação de Madri propõe quatro tipos diferentes de hanseníase em suas formas clínicas, são elas: Indeterminada (HI), Tuberculóide (HT), Dimorfa (HD) e Virchowiana (HV). A Hanseníase HI caracteriza-se por manchas hipocrômicas, planas e de bordas imprecisas, únicas ou múltiplas. Apresentam alterações de sensibilidade cutânea inicialmente térmica; possui baciloscopia negativa e sem comprometimento dos troncos nervosos (BRASIL, 2001).

A Hanseníase indeterminada acomete todos os pacientes, no entanto, pode ser ou não perceptível. Afeta crianças abaixo de 10 anos e raramente adolescentes e adultos que tiveram contato com paciente já diagnosticado com hanseníase, a lesão da pele é única, mas clara do que a pele ao redor. Já a Hanseníase tuberculóide é a forma desta doença em que o próprio sistema imune do paciente consegue destruir os bacilos espontaneamente, esta pode acometer crianças, tempo de incubação de cinco anos (BRASIL, 2017).

Para Brasil (2001), Talhari et al. (2006) e Araújo (2003), a hanseníase dimorfa surgeem pessoas portadoras da hanseníase inderterminado com resistência imunológica superior àqueles que desenvolvem Hanseníase virchowiana. Possuem forma clínica instável, pois oscilam entre as manifestações da forma Tuberculóide e da forma Virchowiana. As lesões são infiltradas, muitas vezes de coloração ferruginosa, denominadas de 'queijo suíço', apresentando-se de forma anular, com borda interna nítidae externa apagada, podendo ser simétricas ou assimétricas e representa o espectro intermediário da hanseníase caracterizada pela instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas.

A HV advém da HI, na qual o doente possui baixa resistência e imunidade celular deprimida ao M. leprae e as lesões da pele podem ser eritematosas, infiltradas, com limites imprecisos, brilhantes e de distribuição simétrica, podendo haver infiltração da face e de pavilhões auriculares, com perda de cílios e supercílios (madarose), ocorrendo alterações de sensibilidade das lesões de pele e comprometimento dos troncos nervosos, porém não tão marcantes e precoces como na HT. Os nervos mais acometidos são o ulnar, o mediano,o fibular. Pode manifestar-se de forma sistematizada, principalmente nos episódios reacionais, comprometendo vísceras importantes tais como olhos, testículos e rins (OPROMOLLA, 2000).

Para fins de tratamento, a OMS divide os pacientes em Paucibacilar (PB) e Multibacilar (MP). Os PB são os doentes nas formas clínicas indeterminada ou tuberculóide, que abrigam um número pequeno de bacilos (insuficientes para infectar outras pessoas), possuem baciloscopia negativa e apresentam menos de cinco lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido. Os MB são a forma contagiosa da hanseníase e correspondem as formas clínicas dimorfa ou virchowiana. Abrigam muitos bacilos, possuembaciloscopia positiva e apresentam mais de cinco lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido (VIEIRA et al., 2008).

2.1.2. TRATAMENTO

Infelizmente ainda não existe prevenção à hanseníase do ponto de vista vacinal. Mas felizmente tem cura, o tratamento é eficaz, deve ser feito em serviços de saúde da rede pública ou particular, por meio da notificação de casos à autoridade sanitária competente, podendo durar de 6 meses a 1 ano. É feito por meio de comprimidos e deve ser tomado diariamente até o término do tratamento, isso é muito importante para alcançar a cura. Se a hanseníase não for tratada, pode causar lesões severas e irreversíveis. O tratamento curaa doença, interrompe sua transmissão e previne incapacidades físicas. Quanto mais cedo for iniciado, menores são as chances de agravamento da doença. As ações de controle sãorealizadas em níveis progressivos de complexidade, com centros de referência locais, regionais e nacionais para o apoio da rede básica. O tratamento compreende o tratamento PQT, avaliação de PI e atividades de educação para a saúde, incluindo o autocuidado (EIDT, 2004).

O tratamento PQT, uma associação de medicamentos, mata o bacilo e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas, levando à cura. O bacilo morto não infecta outras pessoas, o que faz com que a cadeia epidemiológica da doença seja rompida. Deste modo, a transmissão da doença é interrompida logo no início do tratamento. Se o tratamento for realizado corretamente e de forma completa, ocorre a cura da doença. A PQT é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina (RFM), dapsona (DDS) e clofazimina (CFZ), com administraçãoassociada. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que pode ocorrer quando utilizado apenas um medicamento, o que 31 impossibilita a cura da doença. É administrada de forma padronizada, de acordo com a classificação operacional do doente em PB ou MB (BRASIL, 2012).

A PI em hanseníase inclui educação em saúde, diagnóstico precoce da doença, tratamento regular com PQT, detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites, apoio à manutenção da condição emocional, integração social e realização de autocuidado (BRASIL, 1998). Entende-se como autocuidado o cuidar de si mesmo, perceber as necessidades do corpo e da mente, realizar hábitos saudáveis, sociologizante de Durkheim e psicologizante da Psicologia Social da época (SÁ, 1995; ALVES-MAZZOTTI, 2008)

Foi a partir desta perspectiva teórica acerca das Representações Coletivas que Moscovici desenvolveu a sua teoria. O conceito de RS foi inicialmente delineado por Moscovici, em 1961, em seu trabalho intitulado ‘La Psicanalyse: Son image et son public’. Nesse estudo, o autor estudou a propagação da psicanálise no pensamento da sociedade francesa e como esse saber científico transformou-se conforme os sujeitos dele foram se apropriando (SÁ, 1995; CHAMON, 2007).

Para Moscovici (2007), as representações sociais se configuram no sujeito de avaliar um objeto e a partir disso dar significado a este, compartilhando e reproduzindo nos grupos, assim a representação social é definida como um conjunto de conceitos, proposições, explicações criadas na vida cotidiana no decurso da comunicação interindividual. São equivalentes os mitos e sistemas de crença das sociedades tradicionais e podem ainda servistas como a versão contemporânea do senso comum, sua principal função é tornar familiar o não familiar.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, narrativo, do tipo Revisão Narrativa da Literatura (RIL), que é um método específico, que proporciona evidência através do resumo que se é feito do passado da literatura teórica, proporcionando compreensão de determinado assunto (DE SOUSA, 2017).

Para embasamento da discussão, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Bade de Dados em Enfermagem (BDENF), mediantes os seguintes descritores: “idoso” AND “hanseníase” AND “representações sociais” OR “idoso” AND “hanseníase” AND “cuidado”.

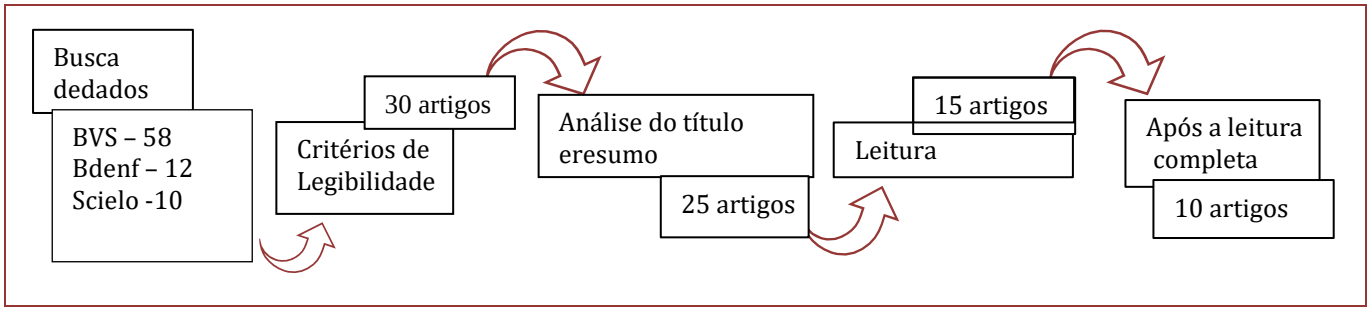
Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa e língua inglesa, publicados no período de 2017 a 2022, que tratam do tema pesquisado. Critérios de inelegibilidade foram: Artigos com texto incompleto, resumos, monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado.

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade e inelegibilidade a partir dos com os títulos, posteriormente foi realizada a análise de resumos e finalmente os artigos foram lidos na integra, sendo elaborado um instrumento para a coleta de informações direto das bases de dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificaram-se no total oitenta (80) publicações, destas, seguindo os critérios citados foram excluídos trinta (30) trabalhos identificados através de pesquisas em outras fontes de dados, permanecendo dez (10) estudos, sendo estes publicados nas plataformasBVS, Scielo e BDENF. Os resultados apresentados acima foram dispostos na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma dos Resultados.



Passos, De Araújo & Belo (2021), observam por meio de seu estudo que o termo preconceito foi o mais utilizado para representar a hanseníase, enquanto para o envelhecimento a palavra abandono foi a mais associada além de palavras como: velho, senescência e velhice.

Os estudos de Santos et al (2019) e Salgado, Mucari e Do Amaral (2021), falam do estigma e o preconceito associados a doença de hanseníase afetam o domínio psíquico dos pacientes e a deficiência física e funcional como sequelas da doença levam ao comprometimento do paciente a vida social e ocupacional ocasionando também o estigma e associado a isso a depressão, tendo uma pior qualidade de vida, causando sentimento de rejeição por parte da família e sociedade, sendo o estigma casado grau elevado com identificação de rejeição por parte do conjugue, abandono, a perda de amigos, de emprego e da saúde.

Nos estudos qualitativos realizados por Camalionte, Gáscon & Trindade (2022) e Gomes et al. (2022), descrevem por meio das entrevistas as percepções dos pacientes das formas como a hanseníase afetava suas vidas, sendo as principais: impacto físico, impacto na vida diária, impacto psicológico, dando abertura a pensamentos suicidas e autoestima baixa, demonstrando percepção negativa sobre a própria imagem. Alguns participantes doestudo relataram que após o diagnóstico sua vida mudou drasticamente, relatando serem deprimidos e tristes, não mais vaidosos. Em quesito trabalho, relataram problemas como: demissão afastamento, preconceito e outros tipos de problemas.

De Àvila, Guerra e Menezes (2007) e Castro et al., (2020), em suas investigações descrevem percepções distintas sobre o reconhecimento da velhice, sendo a primeira onde se reconhecem como velhos, que a velhice é uma construção, destino biológico inquestionável, associando a conquista de experiência, maturidade e conhecimento de vida; o não reconhecimento da velhice é o segundo ponto, onde há presença de marcadores biológicos da velhice, declarando que se sentiam envelhecidos, mas não velhos. Em decorrências do aumento dos anos vividos, observou-se representação negativa do envelhecimento, com perdas, dores e doenças. A autoimagem é construída a partir do olhar do outro, que o reconhece ou não.

Em si tratando de mulheres, nos estudos de Neiva & Grisotti (2019) e Gonçalves et al. (2021), são descritos relatos das quais as mesmas descrevem seu feminino afetado por conta da visão que tem em relação as alterações na pele e mudança de cor por conta dos remédios relacionado ao tratamento, a preocupação com o financeiro, além da perda de direitos trabalhistas, morais e humanos, onde seus contratantes não aceitam atestados e o preconceito ao ver a pele causa certa aversão e ainda violência física por parte de seus companheiros e ainda que o preconceito deixa marcas, a negação e o medo da identificação social são outros fatos explícitos.

Gonçalves et al., (2018) e Jesus (2021), ser mulher e ainda está com hanseníase, é um desafio que vai além de ser diagnosticada com a doença, traz consigo sentimento de inferioridade e de rejeição por parte da sociedade, sentimento este que é associado aos ideais de padrão de beleza incorporados na sociedade brasileira e cobrado das mulheres. A visão de um corpo manchado e marcado por uma doença estigmatizada, causa angústia e consequentemente afeta a imagem corporal, pois traz a ideia de estar fora do padrão, do considerado belo.

Da Silva Reis et al (2020) em seu estudo descreve um relato de experiência: o caso de uma paciente de 83 anos, diagnosticada com hanseníase virchowiana há 63 anos, que sempre enfrentou preconceito, estigma, exclusão social e falta de informação com relação

a doença, visto em seu corpo sequelas de anos sem o devido tratamento levando- a ter grau elevado de dependência para a realização das atividades diárias, além de seu neto sofrer com discriminação e constrangimento no ambiente escolar por conta de um fato ondeas lembranças são nítidas dos olhares de repulsa e perplexidade por parte dos então presentes nesta reunião.

Lopes et al., (2010), em sua pesquisa relata que a maioria dos participantes alega que o fator de ser portador de hanseníase, aflorou sentimento de revolta, angústia, abandono e medo e principalmente preconceito e que recebem apoio familiar, os quais são essenciais para não largarem o tratamento, enfrentarem o preconceito colaborando para seencontrarem psicologicamente.

Para Farias et al (2020) e D'Azevedo (2018) que descrevem relatos de experiência observando nas consultas do programa de assistência ao usuário com hanseníase que a maioria do público era idoso e no apanhado geral, verificou-se as falsas concepções e associado a falta ou dificuldade de informação sobre a doença favorecem o preconceito e estigmas sociais e através das entrevistas as 11 pessoas de até 60 anos de idade em um grupo de apoio ao autocuidado em hanseníase, relatam que as orientações discutidas nos grupos são fundamentais para a melhoria da condição de saúde e após começarem a participar do grupo houve a redução dos sintomas de sentimento de tristeza e desesperança.

D'Azevedo et al., (2019), através da análise de sua pesquisa, afirma que o fato de os participantes estarem em um grupo de autocuidado, onde compartilham de suas experiências e vivências além das dificuldades, colabora de maneira positiva para a visão em relação as amizades e aos relacionamentos com semelhantes.

Vieira, De Andrade & Alencar (2020), realizaram uma pesquisa em um município doNordeste, em pacientes com critérios de alta de hanseníase e cadastrados no serviço de referência, com a seguinte questão norteadora durante as entrevistas: "Quais sentimentos surgiram durante o seu adoecimento pela hanseníase?", os sentimentos de dúvidas, tristeza, raiva, preocupação, nervosismo, medo e fracasso e ter o diagnóstico representou para os participantes desta pesquisa, grande sofrimento, tendo sido importante o acompanhamento psicológico, visto que alguns caíram em depressão.

Marinho, Nardi e Avellar (2018), analisam dados coletados por meio de entrevistas em unidades de saúde, onde permitiu-se conhecer as crenças, imagens, opiniões e valores dos familiares de adolescentes com hanseníase, o resultado evidencia que o significado da hanseníase para a maioria dos participantes do estudo associa-se a uma doença terrível, perigosa, grave e que deixa sequelas, apesar da credibilidade no tratamento medicamentoso e da esperança na cura da enfermidade.

Leão e Silva (2020), em sua pesquisa aponta os elementos constituintes do núcleo dos indivíduos entrevistados sobre a hanseníase, que a população ainda relaciona a hanseníase com a lepra, evidencia-se que a hanseníase traz à memória dos entrevistados os efeitos que a doença provoca no corpo e na autoestima daquele que por ela é acometido, sobretudo em decorrência do isolamento a que é submetido, as manifestações das manchas na pele são provavelmente o principal temor dos indivíduos, pois a doença torna-se visível, podendo gerar preconceito e estigma.

Santos et al (2022), nessa pesquisa, entendeu-se que o estigma e preconceito associado a hanseníase impactam negativamente nos seus portadores. Apesar do conhecimento obtido acerca da doença, de sua transmissão e da existência de tratamento,

ainda perdura a representação social estigmatizante da doença de Hansen, o que gera atitudes discriminatórias e exclusão social com relação ao portador, afetando tanto a sua saúde mental, por desenvolver ansiedade, depressão, pensamentos suicidas, autoisolamento quanto suas relações sociais, principalmente, no âmbito familiar e profissional.

Entende-se que os problemas emocionais estão voltados à autoestima, no controle do próprio corpo, à autoimagem que o paciente tem de si e nas relações interpessoais, visto isso, é importante lembrar da assistência psicológica inserida na equipe multidisciplinar, promovendo humanização no processo saúde – doença, além do mesmo fazer o portador de hanseníase compreender os aspectos que influenciam o paciente a se relacionar com seu processo de adoecimento e desmistificar estigmas, medos e insegurança (DE SOUZA & MARTINS, 2018)

Carvalho, et al (2020), destaca que o sofrimento psíquico vivenciado pelo paciente com diagnóstico de hanseníase está diretamente relacionado à falta de conhecimento médico-científico, assim como as representações sociais e ideias preconcebidas ao longo dos anos, atreladas a medos, preconceitos e sentimento de exclusão, afetado aindaem decorrência das alterações na imagem corporal e das modificações sobre a aparênciafísica favorecendo o aparecimento de sentimentos autodepreciativos em relação a sua imagem e corpo.

A pesquisa conduzida por Marpaung, Ernawati & Dwivania (2022), relata os principais domínios da vida que são afetados pelo estigma da hanseníase na Indonésia, incluindo suas manifestações, fatores determinantes e consequências, dos sete temas identificados, três são sobre: comunidade, relações domésticas e íntima, ou seja, de impacto na vida privativa e quatro sobre: saúde, economia, educação e direitos públicos que dizem respeito a vida pública. Os estudos discutiram principalmente o estigma decretado em vez do estigma antecipado e internalizado.

Putri et al. (2022), envolveu em seu estudo pessoas afetadas por reações hansênicas e seus familiares em dois países endêmicos de hanseníase, com dados coletados por meio de entrevistas e discussões entre grupos, constatando que as reações hansênicas restringiram as atividades físicas dos participantes, como ir ao banheiro, dormir,comer e cozinhar, prejudicando seu cotidiano, além de expressarem uma gama de emoções e sentimentos, incluindo confusão, tristeza, ansiedade e raiva. Alguns relataram que se sentiram estigmatizados e perderam oportunidades de socializar e ganhar dinheiro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa evidenciou-se o estigma e o preconceito associados a doença de hanseníase que afetam o domínio psíquico dos pacientes e a deficiência física e funcional como sequelas da doença e levam ao comprometimento do paciente a vida social e ocupacional, relacionado aos idosos, a rejeição se mostrou elevada e a falta de informação e educação sobre a doença resultam em preconceito consigo mesmo além de julgamento por parte da família ou pessoas de seu convívio, assim ocorrendo também em mulheres, associando o casamento, a estética e o financeiro. Ressalta-se a importância de políticas públicas para esses pacientes diagnosticados com a hanseníase voltado para grupos de acolhimento, havendo educação em saúde abordando o contexto da doença, seu

tratamento, mas para além disso, convidando os familiares a acompanharem este momento.

REFERÊNCIAS

[1] Araújo, Marcelo GrossiHanseníase no Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online]. 2003, v. 36, n. 3 [Acessado 30 Novembro 2022], pp. 373-382. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822003000300010>. Epub 31 Jul 2003. ISSN 1678-9849. https://doi.org/10.1590/S0037-86822003000300010.

[2] BRASIL. Manual de Procedimentos. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Dermatologia Sanitária - Brasília: Ministério daSaúde, 2001. 178 p.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica . - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 195 p.

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Autocuidado em Hanseníase, Face, Mãos e Pés. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p.: il.

[7] BRASIL. PORTAL da saúde. (Banco de dados). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31205> Acesso em 2 abr.2012.

[8] CAMALIONTE, L. G.; GASCÓN, M. R. P.; TRINDADE, M. Ângela B. Living with Leprosy: The perception of patients about the stigma of the disease . Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 8, p. e59211831558, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i8.31558. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31558. Acesso em: 2 mar. 2023.

[9] CARVALHO, P. R. da S. .; ARAÚJO, B. V. S. de .; FRANÇA, A. H. R. .; OLIVEIRA, R. G. de .; PEIXOTO, W. Q. .; FERNANDES, H. M. A. .; PINTO, M. K. G. Sociocultural aspects as conditioningfactors for the psychological suffering of people affected by leprosy: a review study. Research, Society and Development, [S. l.], v. 9, n. 10, p. e9949109407, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.9407.Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9407. Acesso em: 7 mar. 2023.

[10] CASTRO, Jefferson Luiz de Cerqueira et al . Análise psicossocial do envelhecimento entre idosos:as suas representações sociais. Act.Psi, José, San Pedro Montes de Oca , v. 34, n. 128, p. 1-15, June 2020 . Available from <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352020000100001&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Mar. 2023. http://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i128.35246.

[11] DA SILVA REIS, Marcelo Henrique et al. “A cicatriz emocional gerada pelo estigma da hanseníase na vida do paciente idoso. SAÚDE EM FOCO: TEMAS CONTEMPORÂNEOS - VOLUME 3. DOI 10.37885/201001604. Editora Cientifica Digital, 2020. Disponível em:< https://www.editoracientifica.com.br/articles/code/201001604> Acesso em: 03 de novembro de 2022.

[12] DA SILVA, Maria Carolina Raiol; DOS REIS, Amilton Nascimento; DA SILVA, Iury Do Nascimento. HANSENÍASE: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL. Revista Multidisciplinar em Saúde, v. 2, n. 4, p. 102-102, 2021.

[13] D'AZEVEDO, Stephanie Steremberg Pires et al. Percepção de pacientes com hanseníase acerca dos grupos de autocuidado. Rev. enferm. UFPE on line, p. 1633-1639, 2018.

[14] D'AZEVEDO, Stephanie Steremberg Pires et al. Qualidade de vida de pessoas afetadas pela hanseníase inseridas em grupos de apoio ao autocuidado. Cogitare Enfermagem, v. 24, 2019.

[15] DE ÁVILA, Ana Helena; GUERRA, Márcia; MENESES, Maria Piedad Rangel. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. Pensamiento Psicológico, v. 3, n. 8, p. 7- 18, 2007.

[16] DE SOUSA, Luís Manuel Mota et al. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. Nº21 Série 2-Novembro 2017, v. 17, 2017.

[17] DE SOUZA CID, Renata Dias et al. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. Rev Rene, v. 13, n. 5, p. 1004-1014, 2012.

[18] DE SOUZA, Aldalea Oliveira; MARTINS, Maria das Graças Teles. Aspectos afetivos e comportamentais do portador de hanseníase frente ao estigma e preconceito. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, v. 8, n. 1, 2018.

[19] FARIAS, Regiane Camarão et al. Hanseníase: educação em saúde frente ao preconceito e estigmas sociais. Research, Society and Development, v. 9, n. 8, p. e114984923-e114984923, 2020.Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4923. Acesso em: 3 dez. 2022.

[20] Gomes, Maria Emilia Oliveira; Assis, Fernanda Silva de; Oliveira, Amanda Alves de; Gonçalves, Fabiana Vitória Ananias; Aranha, Andreza Maria Fábio. The Impact of Leprosy on the Quality of Lifeof Patients Undergoing Treatment / O Impacto da Hanseníase na Qualidade de Vida dos Pacientesem Fase de Tratamento. J. health sci. (Londrina) ; 24(1): 06-11, 20220322. DOI: https://doi.org/10.17921/2447-8938.2022v24n1p06-11.

[21] GONÇALVES, M. et al. Trabalho e hanseníase: as mulheres em suas dores, lutas e labutas. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018.

[22] GONÇALVES, M. et al.. Women and leprosy: interferences and experiences. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 29, n. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2021 29, 2021.

[23] JESUS, Isabela Luísa Rodrigues de. Vulnerabilidades vivenciadas por pessoas afetadas pela Hanseníase: uma revisão integrativa de literatura. 2021.

[24] JODELET, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), As representações sociais (L.Ulup, trad., pp. 17-44). Rio de Janeiro: Ed. UERJ (Trabalho original publicado em 1989).

[25] JOVCHELOVITCH, S. (2009). Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In P. Guareschi, S. & Jovchelovitch, S. (Orgs.), Textos em representaçõessociais (11a ed., pp. 63-85). Petrópolis, RJ: Vozes.

[26] JÚNIOR, Luiz César Gerotto et al. A evolução da hanseníase no Brasil e suas implicações como problema de saúde pública. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 1, p. 1951-1960, 2021.

[27] LEAO E SILVA, Leonardo Oliveira et al . Representações Sociais do Processo de Diagnóstico e Cura da Hanseníase. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande , v. 12, n. 2, p. 73-87, jun. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 mar. 2023. http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.859.

[28] Marpaung YM, Ernawati E, Dwivania AT. Stigma towards leprosy across seven life domains in Indonesia: a qualitative systematic review. BMJ Open. 2022 Nov 30;12(11):e062372. doi: 10.1136/bmjopen-2022-062372. PMID: 36450432; PMCID: PMC9716944.

[29] MOSCOVICI, Serge. Representações sociais: investigações em psicologia social. 5º Ed. Petrópilis,RJ: Vozes, 2007.

[30] NEIVA, R. J.; GRISOTTI, M.. Representações do estigma da hanseníase nas mulheres do Vale do Jequitinhonha-MG. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 29, n. Physis, 2019 29(1), p. e290109, 2019.

[31] PASSOS, Ádilo Lages Vieira; DE ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes; BELO, Raquel Pereira. Hanseníase e Envelhecimento: Representações Sociais dos Moradores de um Hospital-Colônia. Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 16, n. 3, p. 1-15, 2021.

[32] Putri AI, de Sabbata K, Agusni RI, Alinda MD, Darlong J, de Barros B, Walker SL, Zweekhorst MBM, Peters RMH. Understanding leprosy reactions and the impact on the lives of people affected: An

exploration in two leprosy endemic countries. PLoS Negl Trop Dis. 2022 Jun 13;16(6):e0010476. doi: 10.1371/journal.pntd 0010476. PMID: 35696438; PMCID: PMC9191760.

[33] RÊGO BEZERRA, M. L. Diagnósticos de enfermagem com foco no problema para indivíduos acometidos pela hanseníase. Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 88, n. 26, 2019. DOI: 10.31011/reaid-2019-v.88-n.26-art.381. Disponível em: http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/381. Acesso em: 23 fev. 2023.

[34] ROCHA, Luis FernandoTeoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. Psicologia: Ciência e Profissão [online]. 2014, v. 34, n. 1 [Acessado 5 Dezembro 2022], pp. 46-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100005>. Epub 09 Set 2014. ISSN 1982-3703. https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100005.

[35] SALGADO, Rômulo Dayan Camelo; MUCARI, Talita Buttarello; DO AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel. Fatores associados à qualidade de vida e estigma em sujeitos tratados de hanseníase em um município do maranhão factors associated with quality of life and stigma in subjects treated for leprosy in a municipality of. Volume 21, número 1. ISSN 2447-2131, João Pessoa, 2021. Disponívelem: https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2021/02/21105.pdf. Acesso em: 03 de dezembro de 2022.

[36] SANTOS, Kezia Cristina et al. Hanseníase na pessoa idosa: Revisão integrativa. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, v. 16, n. 29, 2019.

[37] Santos, T. P. P.; BotelhoT. A.; SantosG. P. de O.; OliveiraR. F.; MendesT. B. B.; AndradeK. O. L.; ZanonI. C.; BastosL. P. Os impactos do estigma e preconceito nos portadores de hanseníase: uma revisão integrativa de literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 4, p. e10148, 14 abr. 2022.

[38] SAVASSI, L. C. M. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. 2010. 179 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Centro de Pesquisas RenéRachou, Belo Horizonte, 2010.

[39] SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. Cadernosde Saúde Pública, v. 9, p. 349-363, 1993.

[40] SILVA, A. M. Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional. Cadernos Cedes, ano 19, n. 48, p. 7-28, 1999.

[41] SILVA, M. F.; SILVA, M. J. P. A auto-estima de pacientes ambulatoriais com queimaduras. Revista Baiana de Enferm. v. 3, n. 17, p. 75-84, 2002.

[42] SILVEIRA, E. L. da. Corpos silenciados em busca de identidade: espelhos que refletem a falta. Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, Macapá, n. 5, p. 29-40, dez. 2012.

[43] SILVEIRA, J. L. G. C.; CAMPOS, M. L. C.; BERNDT, R.L. Educação em saúde como estratégia para o controle social em saúde. Pesq Bras odontoped Clin Integr., v. 6, n. 1 p. 29-34, 2006.

[44] SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001, p. 115-36.

[45] SOUZA, D. B. Representações sociais sobre indisciplina em sala de aula dos professores iniciantesda rede municipal de Presidente Prudente-SP: implicações para a formação inicial. Dissertação demestrado. Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, SP. (2005).

[46] VIEIRA, Michelle Christini Araújo; DE ANDRADE, Gabriela Garcia; ALENCAR, Mateus. VIVENDO COM HANSENÍASE: SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES. 2020.

[47] WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy update, 2014: need for early case detection. Weekly Epidemiological Record, Geneva, v. 90, n. 36, p. 461–76. set. 2015.

[48] WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy update, 2014: time for action accountability and inclusion. Weekly Epidemiological Record, Geneva, v. 91, n. 35, p. 405-20, set. 2016.

[49] WHO. Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030 “Rumo à zero hanseníase”. Nova Delhi: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para o Sudeste Asiático; 2021. Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO.

CAPÍTULO

20

Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta em um paciente idoso com esclerose lateral amiotrófica: relato de experiência

Thais de Angiolis Pimenta[1], Luis Henrique de Oliveira Araújo[2], Paloma Cabral de Oliveira[3], Diorges Boone da Silva[4], Graciana de Sousa Lopes[5]

1. INTRODUÇÃO

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença fatal, neurodegenerativa, progressiva de causa desconhecida e difícil diagnóstico, acomete principalmente os neurônios motores superiores (córtex cerebral e tronco encefálico) e inferiores (medula espinhal). A idade é um fator importante na ocorrência, tendo prevalência entre a 5ª e a 7ªdécada de vida e geralmente os indivíduos acometidos apresentam expectativa de vida em torno de três a cinco anos após o início dos sintomas. Estima-se que 30 mil pessoas vão aóbito por ano, em decorrência desta doença (BRASIL, 2023; DOURADO, 2021).

A progressão da doença provoca à incapacitação motora do indivíduo, afetando diretamente a sua qualidade de vida, reduzindo sua participação social e gradualmente, levando a perda da sua independência para realização das atividades de vida diária. Coma inexistência de cura, a tendência da ELA é progredir tornando-se uma doença com indicação para cuidados paliativos desde o início do diagnóstico. Sendo assim, o cuidadorenfermeiro participa diretamente no processo do cuidar do paciente com este diagnóstico,tanto no atendimento domiciliar, quanto hospitalar. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2009).

Por ameaçar a vida, os cuidados aos indivíduos com ELA devem ocorrer desde o diagnóstico da doença, por uma equipe multidisciplinar que objetive promover sua qualidade de vida. O alívio do sofrimento multidimensional deve ser o principal objetivo daequipe de cuidado (LUCHESI; SILVEIRA 2018).

Desta forma, cria-se um pensamento um tanto errôneo sobre as limitações do que se pode ser realizado devido a impossibilidade de cura: enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado de enfermagem. Desse modo, a prática da equipe de enfermagemé essencial e necessária para promover o máximo de conforto ao paciente sob cuidados paliativos, ajudando-o a vivenciar o processo de morrer com dignidade e para que utilize da melhor forma possível, o tempo que lhe resta (PALLOTTA; ANDRADE; BISPO, 2012).

De acordo com a OMS (1995), qualidade de vida pode ser entendida como “a percepção do indivíduo sobre a sua biografia, no contexto da cultura e sistemas de

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: thaisangiolisp@gmail.com
[2] Acadêmico de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: luishenriqueoliveira23@gmail.com
[3] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: oliveirapaloma.cbl@gmail.com
[4] Mestre em Enfermagem Psiquiátrica; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: diorges248@gmail.com
[5] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (DE ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

O diagnóstico de ELA traz consigo um prognóstico inevitavelmente fatal. Na ausência de tratamentos curativos, o foco é permitir que o paciente alcance a função e a independência máximas em cada estágio da doença, proporcionando alívio dos múltiplos sintomas que se desenvolvem ao longo do tempo. Os pacientes diagnosticados com ELA requerem de cuidados paliativos, que de forma ampla, "buscam prevenir, reduzir ou aliviaros sintomas da doença ou distúrbio sem efetuar uma cura" (ROWLAND; MITSUMOTO; DE VIVO, 2005).

Assim, é indispensável para o profissional da saúde adotar uma percepção da qualidade de vida do paciente com ELA, visto que no decurso de toda a doença as perdassão um processo diário e consciente que causa intenso sofrimento. Na maioria dos casos,com a evolução da doença, a pessoa só consegue manter o movimento dos olhos, o que atorna prisioneira em seu próprio corpo (SALGUEIRO, 2008; SILVEIRA, 2011).

A escrita deste trabalho foi inspirada a partir da uma experiência no cuidado a um idoso portador da ELA, e as situações vivenciadas neste processo estimularam a realização deste relato. Cuidar e auxiliar alguém de forma integral e holística provocou transformações tanto como pessoa, quanto como a futura profissional de enfermagem, tendo em vista quedurante a graduação, poucos mecanismos para o enfrentamento de situações de sofrimento e do processo de morte são compreendidos e incorporados pelos discentes deenfermagem.

A partir desse estudo foi possível a constatação que o cuidado de enfermagem vai muito além de procedimentos técnico-científicos, e que saber "tocar" verdadeiramente o outro é um dos mais significativos cuidados que podemos desempenhar como profissionais de saúde. Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo descrever a rotina de cuidados e a importância dos cuidados de enfermagem em um paciente idoso com diagnóstico de ELA no atendimento domiciliar e hospitalar a luz da teoria da Wanda Horta.(DE CARVALHO; MENEZES, 2012).

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1. ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

A ELA cuja causa específica ainda é desconhecida, caracteriza-se pela degeneração progressiva de neurônios motores localizados no cérebro e na medula espinhal. A esclerose lateral amiotrófica, é provocada pela degeneração progressiva no primeiro neurônio motorsuperior no cérebro e no segundo neurônio motor inferior na medula espinhal. Esses neurônios são células nervosas especializadas que, ao perderem a capacidade de transmitir os impulsos nervosos, dão origem à doença (ZAREI *et al.*, 2015).

É caraterizada pela degeneração dos neurónios motores, ou seja, células do sistema nervoso central que controlam os movimentos voluntários dos músculos, do cérebro, da medula espinal e do tronco cerebral, levando a fraqueza muscular global. As funções sensitivas e cognitivas são preservadas durante todo o curso da doença. Afeta mais de 70mil pessoas em todo o mundo, com uma incidência de 1-2 casos por

100.000 habitantes eprevalência de 3-8 casos por 100.000 habitantes (RENTON; CHIO; TRAYNOR, 2015).

Não se conhece a causa específica para a esclerose lateral amiotrófica. Parece quea utilização excessiva da musculatura favorece o mecanismo de degeneração da via motora, por isso os atletas representam a população de maior risco. Outra causa provávelé que dieta rica em glutamato seja responsável pelo aparecimento da doença em pessoaspredispostas. Isso aconteceu com os chamorros, habitantes da ilha de Guan no Pacífico, onde o número de casos é cem vezes maior do que no resto do mundo (BERTAZZI *et al.*,2017).

Estudos recentes em ratos indicam que a ausência de uma proteína chamada parvalbumina pode estar relacionada com a falência celular característica da ELA, uma doença relativamente rara (são registrados um ou dois casos em cada cem mil pessoas por ano, no mundo), que acomete mais os homens do que as mulheres, a partir dos 45/50 anos (BENKLER *et al*., 2013).

Apesar das limitações progressivas impostas pela evolução da doença, o paciente costuma ser uma pessoa dócil, amorosa, alegre, que preserva a capacidade intelectual e cognitiva e raramente fica deprimida (BERTAZZI *et al.*, 2017).

2.1.1. FISIOPATOLOGIA

O mecanismo fisiopatológico da ELA, tal como outras doenças neurodegenerativas, não é único, mas um conjunto de alterações celulares e bioquímicas que acabam por desencadear a degeneração dos neurónios motores. Nas últimas décadas, tem sido proposta uma série de hipóteses, que não são excludentes e sim complementares umas às outras, que tentam elucidar sua fisiopatogenia (AL-CHALABI; HARDIMAN, 2013).

Diversos mecanismos foram descobertos, a partir de estudos com animais, para explicar a fisiopatogenia da ELA, como a alteração genética da proteína SOD1. A partir damutação SOD1 foi possível descrever o mecanismo de stress oxidativo e a sua relação com a morte neuronal (SIGURDSON, 2011).

Esta proteína ou enzima é um antioxidante poderoso protegendo as células do danocausado pelos radicais livres, sendo que uma mutação no gene que a codifica leva ao seufuncionamento anormal e a uma acumulação de radicais livres, resultando na degeneração dos neurónios motores (BENKLER *et al.,* 2013).

O glutamato por ser um neurotransmissor presente em todo o sistema nervoso central tornou-se alvo de muitos estudos por ter a capacidade de provocar lesão celular em doses superiores ao normal. Os investigadores descobriram que, comparados com pessoas saudáveis, os doentes com ELA têm níveis mais altos de glutamato no plasma e no líquidocefalorraquidiano (LCR) (AL-CHALABI; HARDIMAN, 2013).

Os estudos de laboratório demonstraram que os neurónios começam a morrer quando estão expostos por longos períodos a quantidades excessivas de glutamato – excito toxicidade pelo glutamato. Atualmente, os investigadores estão a tentar compreender quemecanismos levam a uma acumulação desnecessária do glutamato no líquido cefalorraquidiano e como este desequilíbrio pode contribuir no desenvolvimento da ELA (SIGURDSON, 2011).

2.1.2. DIAGNÓSTICO

O principal sintoma é a fraqueza muscular, acompanhada de endurecimento dos músculos (esclerose), inicialmente num dos lados do corpo (lateral) e atrofia muscular (amiotrófica), mas existem outros: câimbras, tremor muscular, reflexos vivos, espasmos eperda da sensibilidade (BENKLER *et al.,* 2013).

Sendo uma patologia de difícil diagnóstico, em grande parte dos casos, o paciente passa por quatro, cinco médicos num ano, antes de fechar o diagnóstico e iniciar o tratamento, onde o diagnóstico e o início precoce do tratamento são dois requisitos fundamentais para retardar a evolução da doença. Não subestime os sintomas, procure assistência médica (JOHNSEN *et al.,* 2010).

2.1.3. TRATAMENTO

A ventilação não-invasiva e a alimentação entérica (por gastrostomia) assumem uma enorme importância na reabilitação dos doentes, enquanto tratamentos não farmacológicos. A causa mais comum de morte na ELA é devido à insuficiência respiratória, com ou sem pneumonia, quando há fraqueza dos músculos da respiração (intercostais, diafragma, abdominais) resulta numa ventilação reduzida e numa necessidade de assistência de ventilação não-invasiva (VNI) (BACH, 2002).

O tratamento farmacológico apesar dos muitos ensaios clínicos já realizados e dos vários avanços na compreensão da ELA, o sucesso na descoberta de agentes modificadores da doença ou neuroprotetores tem sido quase inexistente (PASCHOAL; VILLALBA; PEREIRA, 2007).

Atualmente o Riluzol é um derivado do benzotiazol e é atualmente o único fármacoaprovado pela Food and Drug Administration (FDA) desde 12 de Dezembro de 1995 e pela Europa desde 1997, como terapêutica da ELA. Demonstrou aumentar moderadamente a esperança média de vida (3-6 meses), quando prescrito em estadios iniciais da doença, não diminuindo, contudo, a taxa de mortalidade (ALMEIDA, 2013).

É fundamental o conhecimento, tratamento e seguimento periódico de toda a sintomatologia associada à evolução da ELA. Os cuidados paliativos podem ajudar no controle dos sintomas da ELA e melhorar a qualidade de vida dos doentes e cuidadores. O tratamento ideal para os doentes com ELA é fornecido dentro de um ambiente multidisciplinar onde o neurologista, fisiatra, pneumologista, gastroenterologista, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta/terapeuta ocupacional/terapeuta da fala, ortoprotésico e assistente social colaboram para orientar o tratamento sintomático atravésdo curso da doença (ARMON, 2023).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo relato de experiência, métodoque descreve com precisão uma experiência que possa contribuir para a área de atuaçãodo pesquisador e para outros profissionais da área e que os resultados sejam passíveis deserem estendidos, servindo como potencial exemplo para outras situações similares e estudos (CASARIN; PORTO, 2021).

Foi elaborada a partir da vivência do cuidar de um idoso com ELA, por uma acadêmica de enfermagem, onde atua como cuidadora de idosos. Foram descritas atividades desenvolvidas no período entre junho de 2022 à janeiro de 2023, onde de forma prática e teórica será evidenciado cuidados realizados no atendimento domiciliar e hospitalar pelo cuidador enfermeiro, direcionado a um único paciente.

Simultaneamente à descrição da experiência vivenciada, foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema, com o intuito de relacionar aspectos descritos no contexto do trabalho com a literatura científica.

A análise do conteúdo foi realizada a luz de teoria de Wanda Horta, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Tal teoria se baseia nas necessidades biopsicossociaisdos seres humanos e enxerga o indivíduo como um ser integral e busca harmonia e equilíbrio, trazendo contribuições importantes para que os pacientes recebam um tratamento humanizado e integrativo (HORTA, 1974).

Inspirada na Pirâmide de Maslow, pode-se compreender que portadores de ELA possuem diversas necessidades básicas comprometidas. As necessidades descritas nesta teoria, hierarquicamente, são: Fisiológica, Segurança, Amor/Relacionamento, Estima e Realização Pessoal. Para Horta, dispor de uma boa saúde é estar com todas as necessidades equilibradas (DA SILVA *et al*., 2011)

Em respeito aos procedimentos éticos, para manter o sigilo das pessoas envolvidas, as ações realizadas foram relatadas sem mencionar dados que possibilitem a identificaçãode pacientes e familiares.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

A ELA é uma doença caracterizada pela degeneração progressiva dos neurônios motores superior (NMS) e inferior (NMI), que produzindo debilidade dos músculos das extremidades, torácicos, abdominais e bulbares (ZAPATA-ZAPATA *et al*., 2016).

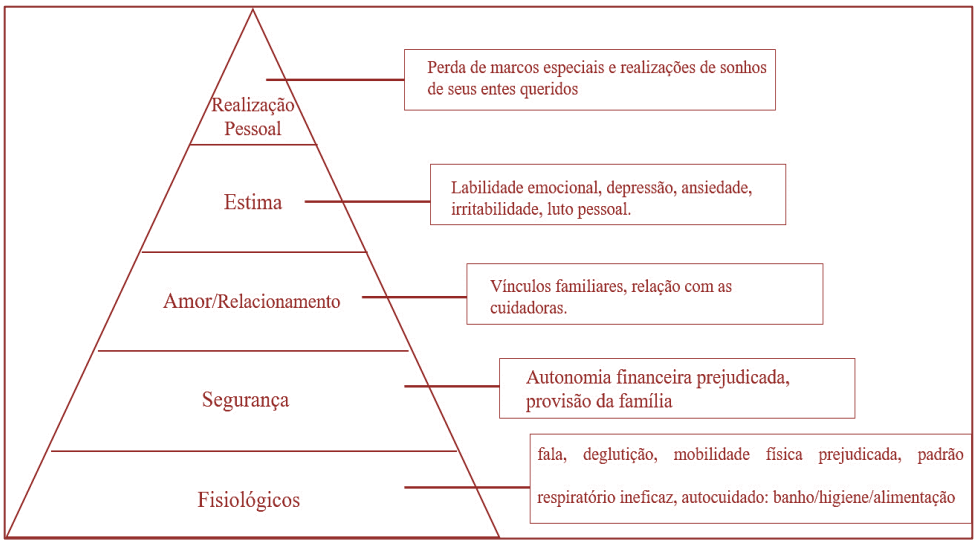
O presente relato construiu-se com base nos achados clínicos de um paciente de 80 anos, do sexo masculino, casado, com histórico de DM tipo II há mais de 20 anos, que passou a apresentar sinais e sintomas relacionados a ELA há 3 anos, e de acordo com informações colhidas, este foi o primeiro caso de ELA na família, deste modo deduz-se Esclerose Lateral Amiotrófica do tipo esporádica.

Essa doença pode ser classifica em dois tipos ELA esporádica que se define comoaleatória sendo tipo mais comum, correspondendo por cerca de 95% dos casos; e a ELA familiar está associada ao histórico familiar, ou seja, é hereditária. Ambos os sexos estão suscetíveis a desenvolver a doença, no entanto há uma leve predominância no sexo masculino (PFIZER, 2022).

Os cuidados ofertados foram realizados inicialmente em *home care*, diariamente por meio de cuidadores e especialistas da área de fonoaudiologia e fisioterapia uma vez na semana. Contudo, com a piora do seu estado de saúde este passou receber cuidados no ambiente hospitalar.

A experiência com idoso do presente relato demonstrou que as necessidades humanas básicas são que mais se comprometem com o avanço da doença, nesse contextoa base para descrição da evolução do quadro se dará por meio da pirâmide Maslow utilizada na teoria de Wanda Horta como mostra a Figura 1.

Figura 1. Idoso com ELA e o comprometimento das Necessidades Humanas Básicas. Manaus, Amazonas,Brasil.



Fonte: Adaptação da pirâmide de Maslow para achados em paciente com ELA.

Com a evolução do quadro do paciente, observou-se que as funções fisiológicas foram afetadas, a fala foi umas delas, onde no início dos primeiros sintomas da ELA está ainda era presente mesmo com a pequenas dificuldades de gesticulação, no entanto, coma evolução do quadro isso foi se tornando cada vez mais difícil, passando a ser quase umararidade, sendo necessário o uso de papel para escrever o que não era compreendido pelos cuidadores e familiares.

A deglutição foi gradativamente prejudicada, havendo dificuldade para alimenta-se,resultando em alguns dias sem comer o que ocasionou um estado de emagrecimento, tendo que evoluir para uso de sonda nasogástrica e posteriormente teve que haver uma troca onde foi realizada a implantação de uma gastrotomia (GTT), almejando ofertar ao paciente os nutrientes necessários que visão a melhora no quando de debilidade nutricional.

Os pacientes com ELA vão gradualmente perdendo a habilidade de gesticular e deglutir, o que afeta principalmente capacidade alimentar por via oral, uma vez a musculatura responsável por esta função vai sendo atrofiada com a evolução do quadro clinico, sendo precisando recorrer à gastrostomia (SILVEIRA, 2011).

O cuidado ofertado a esse paciente, refere-se a questões envolvendo avalição do fonoaudiólogo e fisioterapeuta, por meios de exercícios que visam melhorar ou retardar sinais e sintomas de atrofia dos músculos da face, além do controle do estado nutricional,com implementação de uma dieta adaptada a realidade do paciente e suas restrições, assim como também registro e monitoramento do peso do paciente.

Outra função afetada foi o padrão respiratório, que aos poucos tornou-se evidente devido à dificuldade para respirar, o que mediante uma piora, resultou na instalação da ventilação mecânica invasiva (VMI) por meio de uma traqueostomia, o mesmo também precisou ficar no centro de terapia intensiva (CTI) por algumas semanas.

Os distúrbios respiratórios começam a se manifestar, geralmente na fase final da doença, devido às lesões bulbares que afetam a musculatura pulmonar. Observa-

se dispneia progressiva, que acaba sendo a *causa mortis*, na maioria dos casos, fazendo-senecessária a assistência respiratória (SILVEIRA, 2011).

Dentre as assistências prestadas ao padrão respiratório temos a higiene oral, para evitar a proliferação de microrganismos, a aspiração das vias aéreas, posicionamento no ambulo de 35º graus que vise o conforto, avalição da saturação, da solicitação da avaliação do fisioterapeuta o qual também irá realizar exercícios que visam a melhoria da condição clínica.

Além disso, a mobilidade física se tornou debilitada, o qual é a principal característica da ELA, esse sintoma ocasionou algumas quedas e foi o "primeiro sinal vermelho" que tinha algo de estranho na saúde geral do paciente. Inicialmente suas atividades eram realizadaspor meio de cadeira de rodas, mas mediante a evolução do clínica houve necessidade de receber os cuidados no leito, perdendo então, sua autonomia para realizar atividades simples como, a própria higiene pessoal. O sistema de eliminação do paciente foi progressivamente afetado também, passando de uso de papagaio para as necessidades,seguindo então para o uso integral de frauda.

O início da ELA geralmente envolve fraqueza ou rigidez muscular como sintomas iniciais. As principais manifestações clínicas são: fraqueza progressiva, atrofia muscular dos membros superiores e inferiores, miofasciculações, câimbras musculares, espasticidade, disartria disfagia, dispneia e labilidade emocional. Sinais piramidais: hiperreflexia, sinal de Babinski, sinal de Hoffmann, sem alterações na sensibilidade e distúrbio do controle esfincteriano, com evolução insidiosa (SINIGAGLIA, 2015).

Dentre os cuidados a essas alterações temos auxilio na mobilidade por meio da mudança de decúbito, realização de curativos em região sacral em ferimentos ocasionadopor lesão por pressão (LPP), devido a sua restrição ao leito. Higiene do paciente por meiodo banho no leito, além de troca de frauda quando necessário, para evitar o surgimento dedermatite ou outras complicações associadas ao uso da frauda.

Na questão envolvendo a segurança a parte física é bem evidente, uma vez que com o desenvolvimento da doença o paciente fica mais debilitado e com isso vai perdendo suaautonomia, se tornando, portanto, dependente de uma outra pessoa para assessorar nas atividades a serem desenvolvidas, nesse contexto, surge uma preocupação relacionada ao risco de queda, uma vez que a rotina de todos os envolvidos é modificada e cada cuidadorpossui sua própria maneira de realizar o cuidado ao paciente.

Paciente que são portadores de doenças que predispõem a queda como, no caso das demências, patologias relacionadas a alterações na mobilidade, procedimentos cirúrgicos e terapêuticos, além do uso de múltiplos medicamentos, aumentam o risco de queda não só no ambiente familiar, mas principalmente no âmbito hospitalar (BRASIL, 2013).

Com isso, algumas medidas são ofertadas para prevenir queda como, manter as grades do leito elevada, avaliar o estado de consciência do paciente e os sinais sugestivosde alterações que podem ser sugestivos de convulsões, solicitar auxilio de outro profissional quando necessário para realizar cuidados ao paciente.

Mediante o diagnóstico de ELA e sua progressão clínica, o amor/relacionamento é um quesito que é bastante afetado, seja de forma positiva ou negativa, e no presente caso não foi diferente. No âmbito familiar, enquanto os

cuidados eram realizados a domicílio a presença dos familiares era mais frequente fortalecendo com isso o vínculo, no entanto, com a mudança de ambiente devido a internação por piora, houve redução nas visitas devido a própria rotina do novo ambiente, nesse contexto, vínculo afetivo sofreu uma pequena alteração passando a ser mais expressivo com as cuidadoras, as quais passam a ser a companhia de tempo integral do paciente, neste novo ambiente.

Os relacionamentos são influenciados pela comunicação verbal a qual se caracteriza pela expressão em palavras de pensamentos e sentimentos, visando a compreensão de algo; e não verbal, que por sua vez engloba o uso de linguagem corporal (gestos, olhares,expressões faciais e até o próprio silêncio podem transmitir mensagens em determinado contexto). Essa conduta é um instrumento fundamental na área da saúde em virtude das relações intersubjetivas que perpassam o convívio entre equipe, paciente e família (CAMPO; DA SILVA; JOÃO DA SILVA, 2019).

O cuidado ofertado nesse quesito foi por meio de conversas estimulantes sobre assuntos que são de domínio do paciente e inclusão de leituras que são do agrado do mesmo, o que possibilitou a estabilidade em quantidade mínima de alguns sintomas da ELA.

Com a progressividade da doença a estima foi fortemente prejudicada, o que foi observado por alguns episódios de instabilidade emocional, como irritabilidade, crises de choro e depressão, evidenciadas pelo convívio com a dor do luto pessoal, por meio das perdas cognitivas de maneira gradativa, o que gera a sensação de refém do próprio corpo,devido à incerteza constante com o amanhã ou mesmo as próximas horas de vidas, principalmente em quadros de crise gerados pela própria doença.

De maneira geral, a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, são debilitadas de acordo com quadro clínico do paciente que se encontra em cuidados de extrema dependência, tal realidade pode ocasionar um do sofrimento, ansiedade, irritabilidade, depressão, dentre outras instabilidades emocionais, à medida que a doençaevolui (DE PAIVA; DE FREITAS; PAES, 2020).

Outro ponto que foi influenciado no quadro do paciente foram questões envolvendoa realização pessoal, por meio da adaptação da rotina que outrora era contida de exercíci osfísicos, encontros com amigos, eventos em família, além da realização de trabalhos administrativos no seu ramo de formação, o que mediante ao desenvolvimento da ELA, restringiu de sua autonomia, gerando com isso um sentimento de inutilidade e fardo paraseus entes queridos, por passar a se torna uma motivo de preocupação para os familiares.

No início dos sintomas da ELA a capacidade intelectual se mantém preservada, ouseja, o paciente continua lúcido mesmo com a progressão dos sintomas, no entanto, com a avanço do processo de degeneração do sistema nervoso, algumas modificações são observadas na rotina do paciente (DOS SANTOS, 2017).

5. CONCLUSÃO

Considerando que o manejo assistencial aos pacientes com ELA tem se modificado com o tempo, é fundamental ressaltar a importância da equipe multiprofissional junto ao idoso e familiar, em virtude da complexidade da doença,

frente a necessidade humanas básicas expressas na pirâmide de Maslow e identificadas no contexto do cuidado do paciente com ELA.

O que demonstra necessidade de planejamento e implementação dos cuidados com objetivo e promover uma melhor qualidade de vida, favorecendo a análise da identificaçãodas necessidades e desafios enfrentados por esse grupo de paciente, não só referente a patologia propriamente dita, mas também a outros pontos da vida desse individuo, uma vez tudo está interligado.

REFERÊNCIAS

[1] AL-CHALABI, A.; HARDIMAN, O. **The epidemiology of ALS: a conspiracy of genes, Environment and time.** Nature Reviews Neurology. 2013. Disponível em: DOI: 10.1038/nrneurol.2013.203.

[2] ALMEIDA, D. F**. Doenças do Neurónio Motor**. RCAAP. 2013. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10256/1/Doen%C3%A7a%20Neuronio%20Motor%20Curso%20Doen%C3%A7as%20neuromusculares%20Sociedade%20Postuguesa%20de%20Doen%C3%A7as%20Neuromusculares%202013.pdf

[3] ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas da pesquisa.** São Paulo: EACH/USP. 2012. Disponível em: http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/qualidade_vida.pdf.

[4] ARMON, C. **Amyotrophic lateral sclerosis clinical presentation.** Medscape. 2023. Disponível em: http://emedicine.medscape.com/article/1170097-clinical

[5] BACH, J. R. **Amyotrophic lateral sclerosis: prolongation of life by noninvasive respiratory Aids.** Chest. 2002. Disponível em: DOI:10.1378/peito.122.1.92.

[6] BENKLER, C., et al., **Altered astrocytic response to activation in SOD1G93A mice andits Implications on amyotrophic lateral sclerosis pathogenesis.** Glia. 2013. Disponívelem: DOI: 10.1002/glia.22428.

[7] BERTAZZI, R. N. *et al.* **Esclerose lateral amiotrófica.** Revista de Patologia do Tocantins.2017. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2017v4n3p54.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo 1: Protocolo Prevenção de quedas.** 2013. Disponível:em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-prevencao- de-quedas.

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. **Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).** 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/e/ela.

[10] CAMPOS, V.F, DA SILVA, J. M; JOÃO DA SILVA, J. **Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família.** Rev Bioét. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354.

[11] CASARIN, S. T; PORTO, A. R. **Relado de experiência e Estudo de caso: algumas considerações.** Journal of Nursing and Health. 2021. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21998/13686

[12] DA SILVA, D. G. *et al.* **O MARCO DE WANDA DE AGUIAR HORTA PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL.** Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente. 2011. Disponível em: https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista- FAEMA/article/view/68.

[13] DE CARVALHO, L. C; MENEZES; T. M. O. De **frente com a esclerose lateral amiotrófica: um estudo de caso científico.** Rev enferm UFPE on line. 2012. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.2265-25464-1-LE.0612201218.

[14] DE PAIVA, V. C. R.; DE FREITAS, J. A.; PAES, G. K. Pirâmide de Maslow: e os cuidadospaliativos em criança oncológica. **Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**. 2020. Disponível em: DOI:10.24281/rremecs.2020.10.02a03.CIPCEn.192. Disponível em: https://www.revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/569.

[15] DOS SANTOS, M. R. **Esclerose Lateral Amiotrófica: uma breve abordagem bibliográfica.** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduaçãoem Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Disponível em: http://repositorio.faema.edu.br:8000/jspui/handle/123456789/1251.

[16] DOURADO, J. C. **Condições de saúde bucal de pacientes portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica em um centro de referência.** 2021. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)- Departamento de Odontologia, Universidade FederalRio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em:https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/39089.

[17] HORTA, W.A. **Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo.** Rev. Esc. Enf. USR. 1974. Disponivel em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/z3PMpv3bMNst7jCJH77WKLB/?lang=pt&format=pdf.

[18] JOHNSER, B. *et al.* **Diagnostic criteria for amyotrophic lateral sclerosis: A multicentre study of inter-rater variation and sensitivity.** Clin Neurophysiol. 2010. Disponível em: 10.1016/j.clinph.2018.11.021.

[19] LUCHESI, K. F; SILVEIRA, I.C. **Cuidados paliativos, esclerose lateral amiotrófica e deglutição: estudo de caso. CoDAS.** 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017215.

[20] OLIVEIRA, A. S. B., PEREIRA, R. D. B. **Amyotrophic lateral sclerosis (ALS): three letters that change the people's life. For ever.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0004-282X2009000400040.

[21] PALLOTTA, R.; ANDRADE, A.; BISPO, O. C. M. A **Esclerose Lateral Amiotrófica comoDoença Autoimune.** Rev Neurocienc. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.34024/rnc.2012.v20.8309

[22] PASCHOAL, I.A; VILLALBA, W. O, PEREIRA, M.C. **Chronic respiratory failure in patients with neuromuscular diseases: Diagnosis and treatment.** The Brazilian Journal of Pulmonology. 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000100016.

[23] PFIZER. **Esclerose lateral amiotrófica (ELA): conheça a doença.** 2022. Disponível em: https://www.pfizer.com.br/noticias/ultimas-noticias/esclerose-lateral-amiotrofica-ela.

[24] RENTON, A. E; CHIO, A; TRAYNOR, B. J. **State of play in amyotrophic lateral sclerosis genetics.** Nature Neuroscience. 2014. Disponível em: DOI: 10.1038/nn.3584.

[25] ROWLAND, L. P; MITSUMOTO, H; DE VIVO, D. C. **Doenças hereditárias e adquiridas do neurônio motor.** Neurologia de Merritt.11ª ed. Filadélfia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005, p. 861-870.

[26] SALGUEIRO, J.P. **Descrição e compreensão dos processos de perdas e luto vivenciados por uma pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica**. 2008. Dissertação de Mestrado. Universidade São Paulo. Disponível em: https://bv.fapesp.br/pt/dissertacoes- teses/79755/descricao-e-compreensao-dos-processos-de-perdas-e-luta-viven.

[27] SIGURDSON, L.A., **Amyotrophic lateral sclerosis presenting as upper limb weaknessin a 35 year old female: a case report.** The Journal of the Canadian Chiropractic Association. 2011. Disponível em:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3154066/.

[28] SILVEIRA, M, C. **ELA: ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA E O LUTO DE SI MESMO.** 2011. Monografia de Conclusão de Curso de Aprimoramento. 4 Estações Instituto de Psicologia. São Paulo. Disponível em: https://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/monografia_Michelle_da_Siveira.pdf.

[29] SINIGAGLIA, N. **Tratamento Cinesioterapêutico Em Pacientes Com Esclerose Lateral Amiotrófica: Revisão De Literatura.** 2015. Monografia apresentada ao curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente –FAEMA. Disponível em: http://repositorio.faema.edu.br:8000/xmlui/handle/123456789/138

[30] ZAPATA-ZAPATA, C. H. *et al.* **Esclerosis lateral amiotrófica: actualización**. Iatreia. 2016. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-785526.

[31] ZAREI, S. *et al.* **A comprehensive review of amyotrophic lateral sclerosis.** Surgical Neurology International. 2015. Disponível em: DOI: 10.4103/2152-7806.169561.

CAPÍTULO

21

Abordagem da esquizofrenia no CAPS sob a ótica da enfermagem: uma revisão de literatura

Magda Lima da Cunha[1], Marlene da Silva Barros[1], Graciana de Sousa Lopes[2], Maria do Perpétuo Socorro de Araújo Flor[3]

1. INTRODUÇÃO

A história de isolamento e da falta de assistência a pessoas com transtorno mental foi deflagrada pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil, em que se explorou a discussão sobre as precárias condições de trabalho que eram oferecidas aos profissionais e os maus-tratos aos pacientes das instituições psiquiátricas (GUIMARÃES et al., 2010; TAVARES, SOUSA, 2009).

Uma abordagem psicossocial inclui um conjunto de ações que podem proporcionar aos doentes uma melhor integração social e profissional e assim melhorar a qualidade de vida,tendo em conta os constrangimentos impostos pela sociedade (LOUZÃ NETO, 2007).

Tem-se conhecimento de que a esquizofrenia é uma das doenças mais graves e complexas da atualidade. Foi identificado como um distúrbio clínico incompreensível com manifestações múltiplas, tais como: manifestações de pensamentos, manifestações, emoções, movimentos e comportamentos (OLIVEIRA et al., 2012).

Na esquizofrenia, o indivíduo em crise apresenta intensas perturbações de comportamento, manifestações de delírios e alucinações, perda do juízo de realidade, embotamento afetivo e episódios de agressividade (MELO, 2011).

Uma unidade de tratamento inovadora que mudou a reabilitação psicossocial é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentado pela Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004).

Os Caps são unidades de atendimento em saúde mental que oferecem a seus usuários um programa de cuidados intensivos, elaborado por uma equipe multidisciplinar. Inicialmenteconcebidos como alternativas terapêuticas ao modelo de atendimento centrado no hospital psiquiátrico, os Caps passaram a ter, desde 2002, a função estratégica de articular as forças de atenção em saúde e as da comunidade, visando à promoção da vida comunitária e da autonomia de seus usuários (LEAL, 2002).

O presente artigo tem como objetivo geral, discutir, por meio do levantamento bibliográfico, as atribuições dos CPAS na assistencia ao paciente esquizofrenico. E como objetico específico, descrever os desafios frente ao paciente com esquizofrenia e discutir a conduta do enfermeiro nos CPS.

[1] Acadêmicas do curso de Bacharelado em Enfermagem do CeUni FAMETRO, Manaus-AM
[2] Enfa. MsC. Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem do CeUni FAMETRO, Manaus-AM
[3] Psga. MsC. Docente do CeUni FAMETRO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. SINAIS E SINTOMAS RELACIONADOS A ESQUIZOFRENIA

Incapacidade em associar ideias, alucinações, riso descontrolado, julgamento e fala impróprios, delírios, exacerbações, fala confusa e pensamentos ilógicos são alguns dos sintomas sofridos por pessoas com esquizofrenia (GIACON; GALERA, 2006).

Outro sintoma importante é a anedônia, caracterizada pela perda da capacidade de sentir prazer. A anedonia física pode levar à perda de prazeres simples da vida cotidiana de uma pessoa normal, como admirar a beleza da natureza, comer, beber, caminhar e ser abraçado. Por outro lado, a anedonia social, como o nome sugere, resulta na perda do prazer social, como estar com amigos ou outras pessoas. A abstinência afetiva é comum em pessoas com esquizofrenia, o que também é comum em pessoas com depressão (SILVA, 2006)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem uma classificação internacional de doenças que descreve a esquizofrenia como um espectro de pensamento distorcido e ansiosos de emoção, bem como dificuldade em expressar sentimentos. A esquizofrenia é uma doença mental mais incapacitante e dolorosa. A maioria dos pacientes apresenta alucinações, principalmente alucinações visuais e auditivas" (TEIXEIRA, 2005).

2.2. ASPECTOS RELACIONADOS A ESQUIZOFRENIA

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a esquizofrenia é caracterizada por distúrbio no pensamento e na percepção. Os dados mostram que cerca de 30% dos pacientes obtiveram recuperação completa ou parcial, quase 30% dos pacientes tiveram alívio incompleto dos sintomas e disfunção motora parcial e cerca de 30% dos pacientes tiveram habilidades inspiradas para causar efeitos adversos, inclusive em seu comportamento social, emocional e até profissional (BRASIL, 2013).

Fatores genéticos têm forte influência sobre o que determina o risco de esquizofrenia. A maioria dos indivíduos portadores dessa patologia não possui histórico familiar, e os alelos de risco para essa condição são raros e associados a vários transtornos psiquiátricos, como transtorno bipolar, depressão e autismo (TULESKI, 2019).

Do ponto de vista da psiquiatria clínica, a esquizofrenia é típica por ser um transtorno mental que causa grande sofrimento, causando alterações nos pensamentos, comportamento e emoções dos pacientes, apresentando-se de forma negativa , manifestando-se como alucinações, delírios, afeto embotado, apatia, etc. Na fisiopatologia, várias teorias tentaram concretizar a doença, nenhuma das quais foi capaz de elucidá-la completamente, simulada em múltiplas abordagens de diferentes perspectivas terapêuticas na tentativa de identificar e modular a doença (MARQUES et al, 2012).

2.3. ASPECTOS RELACIONADOS AO CONTEXTO FAMILIAR

Trata-se de um transtorno que afeta a zona central do eu e altera toda estrutura vivencial, que causa déficits biopsicossociais, prejudicando a qualidade de vida do doente e das pessoas que vivem no seu entorno, principalmente sua família e onerando o sistema desaúde (BALLONE, 2005).

Para a família, o adoecimento de um membro representa, geralmente, um forte abalo, sendo que seus componentes dificilmente se encontram preparados para enfrentá-

lo e sentem- se incapacitados para realizar qualquer intervenção. Os familiares acabam sendo sobrecarregados pelas demandas como acompanhar seus membros adoecidos, cuidar deles e arcar com os encargos econômicos, pelo custo com medicações e pela impossibilidade e acesso ao trabalho. É também comum observar familiares se distanciando das atividades sociais (MELLMAN, 2001).

Além disso, apresentam, em sua maioria, dificuldades para lidarem com as situações de crises, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguirem encontrar saídas para os problemas, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, entre outras insatisfações (COLVERO, 2004)

2.4. TEORIA DO AUTO CUIDADO

A teoria de enfermagem se desenvolve a partir da evolução desse campo de conhecimento para construir o próprio conhecimento, integrar-se como ciência e fornecer umabase teórica para a prática. As teorias desenvolvidas neste âmbito têm contribuído para explicar a complexidade e multiplicidade de conceitos que representam os fenómenos que definem e limitam o seu campo de interesse, bem como para explicar as crenças e valores do território em relação a estes fenômenos (GARCIA; NOBREGA, 2004).

Para Orem o autocuidado (AC) é a prática de atividades realizadas pelo indivíduo em seu próprio interesse, a fim de preservar sua vida, saúde e bem-estar, que depende de fatores internos e externos do indivíduo tais como: idade, sexo, estado de saúde, condições culturais, fatores, padrão de vida, disponibilidade de recursos, etc. entre (GEORGE, 2000)

Já os sistemas de enfermagem, é a capacidade do cliente em desempenhar as ações do AC. Existem três sistemas de enfermagem: o totalmente compensatório (incapacidade de realizar AC; o parcialmente compensatório (ação limitada no autocuidado, enfermeiro e indivíduo executam cuidados); e o sistema de apoio-educação (paciente tem potencial para executar e deve aprender a executar ações de autocuidado) (GEORGE, 2000).

2.5. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental está pautada na redução progressiva dos leitos psiquiátricos e da ampliação e do fortalecimento da rede de serviços substitutivos, composta em especial pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste sentido, outras propostas criadas contemplam a inclusão das ações de saúde mental junto à atenção primáriae a atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas (BERLINK, MAGTAZ & TEIXEIRA, 2008; VIDAL, BANDEIRA & GONTIJO, 2007).

O CAPS passou a ser visto como um modelo e paradigma assistencial em saúde mental que se tornou parte integrante de políticas específicas de saúde mental. Os CAPS são definidos por lei ao serem designados como serviços de atendimento no domínio espacial de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, com regimes de tratamento intensivo,semi-intensivo, não intensivo, ou serviços ambulatoriais diários (BRASIL, 2004).

2.6. TIPOS DE CAPS

O quadro 1 a seguir traz uma amostragem acerca dos tipos de CAPS existentes.

Quadro 1 – Tipos de CAPS

TIPO DE CAPS	FUNÇÃO DESEMPENHADA
CAPS I eCAPS II	São CAPS2 para o atendimento rotineiro de adultos com transtornos mentais graves e persistentes em sua população de abrangência
CAPS III	CAPS de atendimento diário e noturno adulto, funciona sete dias por semana para uma população de referência com transtornos ansiosos graves e persistentes
CAPSi	CAPS para o atendimento cotidiano da infância e adolescência, infância e adolescência comtranstornos mentais
CAPSad	CAPS destinado ao atendimento de rotina de populações com deficiências decorrentes do usoe dependência de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas. Este tipo de CAPS oferta repouso em leitos, cujo único objetivo e o tratamento de desintoxicação.

Fonte: BRASIL, 2004.

3. MATERIAIS E MÉTODO

O presente estudo é uma revisão narrativa. De acordo com Rother: “os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual”. São textos que constituem a análise da literatura científica na interpretação e análise crítica do autor. A despeito de sua força de evidência científica ser considerada baixa devido à impossibilidade de reprodução de sua metodologia, as revisões narrativas podem contribuir no debate de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento em curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

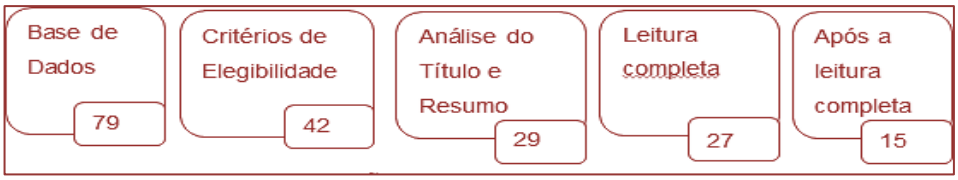
Como fonte de coleta de dados, foram utilizadas bibliotecas virtuais de pesquisa: como a Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO) mediante os seguintes descritores: “Centro de Atenção Psicossocial. Esquizofrenia. Profissional Enfermeiro”.

Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa e língua inglesa, publicados no período de 2000 a 2023, que tratam do tema pesquisado.

Critérios de inelegibilidade foram: Artigos com texto incompleto, resumos, monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado.

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade e inelegibilidade a partir dos com os títulos, posteriormente foi realizada a análise de resumos e finalmente os artigos foram lidos na integra, sendo elaborado um instrumento para a coleta deinformações direto das bases de dados.

Figura 1. Fluxograma dos resultados



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. ATRIBUIÇOES DE ENFERMAGEM NO CAPS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ESQUIZOFRÊNICO

De acordo com Fernandes (2009) e Junqueira (2007), avaliar o contexto familiar é essencial para reflexão acerca das necessidades do paciente, buscando estabelecer parcerias intersetoriais junto à Estratégia Saúde da Família aliada a equipe atuante no CAPS, com terapeutica que atenda cada um com sua especificidade.

Assim, as equipes de saúde da família devem utilizar variadas estratégias com o objetivo de resolver os problemas de saúde pública, investindo cada vez mais na formação de vínculos com a comunidade. Devem acolher e se responsabilizar da melhor forma possível, dentro de cada realidade, pelas diversas formas de sofrimentos que acometem a população de modo geral. Com isso, verifica-se a necessidade de integração das ações uma dimensão emocional da Saúde Mental e da Atenção Básica, visto que toda e qualquer doença possui ou seja sofrimento subjetivo, então todo problema de saúde também é de saúde mental e toda saúde mental é sempre produção da saúde (BRASIL, 2005).

A busca por um plano terapeutico individualizado, que envolve entender a rotina diária desse paciente, seus hábitos, costumes e tudo que pode afetar sua saúde. Esses são fatores importantes para poder orientar o paciente, dessa forma o apoio da triade; Família, Estratégia Saúde da familia (porta de entrada) e CAPS (Centro de Atenção Pscicosocial) focada inteiramnete no pacinete, nas suas dores, desconfortos e características torna o tratamento menos agressivo, com menores chances recaídas.

Segundo Zoccoli et al. (2016), a enfermagem concentra suas atividades no tratamento de pacientes psiquiátricos. Isso implica uma atitude de respeito e dignidade para com o paciente e medidas voltadas para a individualidade do paciente e envolvimento em seu processo de tratamento. Promover o autocuidado, a reinserção em grupos sociais e comunitários. Os profissionais devem buscar espaços de produção e acolhimento, que possibilitem a atenção psicossocial individual e a reabilitação.

O papel desempehado pela enfermagem tem suma importancia no processo de reabilitação de pacientes com esquizofrenia, abrangendo diferentes estágios de incapacidade e diferentes níveis de cuidados de saúde para adequar intervenções e atender às necessidades dopaciente, o qual visa promover bons cuidados de saúde mental. As pessoas com esquizofrenia melhoram o biopsicossocial respeitando os costumes e a cultura em todas as fases do tratamento (CASTRO; FUREGATO, 2008).

A conduta do enfermeiro frente ao paciente com transtornos mentais, deve ir além da administração de farmacos, acolhendo e escutando o paciente com atenção e cuidado. Muito ouvimos falar sobre humanização e como ela é importante para remissão do quadro de uma vasta gama de doenças, porém com base nos estudos é notório que a

prática da mesma precisaacontecer de forma efetiva no processo do cuidado ao paciente esquizofrenico.

Segundo Reis (2021), os efeitos da sobrecarga familiar causada pela presença da pessoa com esquizofrenia no ambiente familiar incluem os impactos econômicos, práticos e emocionais enfrentados pelas famílias responsáveis pelos cuidados necessários ao paciente. Algumas habilidades devem ser consideradas ao cuidar de uma pessoa com esquizofrenia, como ter uma comunicação eficaz, respeito, empatia, capacidade de não julgar os outros. Por outro lado, algumas famílias desenvolvem atitudes negativas, desafiadoras e críticas em relação à pessoa em sofrimento.

No entanto, essas famílias também sofrem com o estresse do transtorno em seu cotidiano, pois a carga emocional da família devido aos transtornos mentais costuma ser tão forte quanto a do próprio paciente (PALMEIRA, 2009).

Com base nos estudos podemos obervar que existem três tipos de sobrecarga impostas pela família: financeira, fisíca, emocional, repercutindo diretamente nas relações paciente e familia. Dessa forma acabam demandando maior envolvimento emocional, onde a atuação dos profissionais, da rede tem foco em orientar o cuidador e a família, instruindo sobre: buscar ajuda com quem entende do assunto, saber reconhecer os sintomas que indicam recaídas, saber como agir quando acontece uma crise. Pois é de fundamental importância para manutenção da pesssoa com esquizofrenia fora da instituição psquiatrica, e para família que sofre junto com o paciente.

Segundo Ferreira et al (2017), o CAPS define o cuidado organizado em base comunitária, com encaminhamentos terapêuticos de usuários de diferentes áreas/bairros de sua área de abrangência, potencializando a rede de assistencia que busque produzir cuidados para além do transtorno mental.

Do ponto de vista dos princípios do SUS, se torna muito importante a existência nos municípios de um serviço de referência em saúde mental como o CAPS para atender a demanda de pacientes. Entretanto, o funcionamento deste serviço deve seguir as bases de apoio matricial, onde são referenciados os casos provenientes da atenção básica que, após fazer esse encaminhamento, continua a acompanhar o tratamento do usuário. A proposta dos CAPS objetiva o acompanhamento da clientela considerada mais comprometida em termos psicossociais, conforme a gravidade do quadro clínico ou a cronicidade pelos longos anos de internação (SILVEIRA, 2003).

A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) faz parte dos equipamentos de sáude que integram o SUS, nos variados que vão da atenção básica à alta complexidade, dessa forma o CAPS (Centro de Atenção Pscicossocial) é um ponto estratégico, com serviços de saúde com caráter aberto a comunidade, e equipes multiprofissionias que atuam com um olhar interdiciplinar, fazendo com o que as rede de atenção dialoguem entre si e se complementem..Dessa forma esses pontos podem garantir, articular e integrar o cuidado ao portador de esquizofrenia.

Desempenhando um papel estratégico na organização das redes comunitárias de atenção, o CAPS lidera políticas e programas comunitários de saúde mental. Isso inclui tratamento e desenvolvimento de projetos comunitários, distribuição de medicamentos, encaminhamento e orientação de usuários que vivem em instalações de tratamento e aconselhamento e apoio ao paciente. A atuação dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família na atenção domiciliar. Essas são as diretrizes atuais da política de saúde mental do CAPS - Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).

Sobre as modalidades diferentes de pontos de atendimento, para uma atenção de caráter comunitário constituído por uma equipe multiprofissional, atuando de forma interdisciplinar o RAPS está voltado para atendimentos ao paciente com transtorno mental grave como a esquizofrenia, pois a doença persiste por toda a vida e necessita de acompanhamento. Como estratégia e articulação do RAPS, o CAPS demanda sua atenção visando a promoção da vida comunitária e automia do usuário, em consonância equipes de saúde da família e agentes comunitários, acessando assim os recursos existentes para o desenvolvimento do tratamento (GARCIA, REIS, 2018).

4.2. DESAFIOS FRENTE AO PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA

Segundo Bottaro (2003), dadas as necessidades e possibilidades específicas de atuação da enfermagem em equipes psiquiátricas, a atuação nessa área ganha novos contornos no sentido de ampliar o alcance das intervenções da reforma psiquiátrica. Por exemplo, este objeto redesenhado terá que acomodar novos instrumentos e, nesse sentido, algumas mudanças na prática terapêutica. Incluindo funcionários "especiais" em sua equipe, por exemplo, professores de educação. Acresce que os objetivos do trabalho proposto neste conceito já não permitem o conceito de 'tratamento', mas sim de reabilitação, reinserção sociale por isso os meios para o efeito são os tratamentos físicos e químicos compulsórios. Além da escuta e a valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente.

A Enfermagem é uma grande protagonista na sociedade, essa finalidade nos transmite um pensamento no qual o conhecimento é uma ferramenta para a construção de competências e habilidades nos enfermeiros nos dias atuais. A inserção do conhecimento para os acadêmicos pelas disciplinas de saúde humana multidisciplinar evidencia que “em torno e na base de cada disciplina científica, existe certo número de regras, princípios estruturas mentais,instrumentos, normas culturais, e-ou, normas que organizam o mundo” (ROCHAet al. 2007).

Um enfermeiro proativo busca novos saberes, melhorando a articulação da rede de cuidado. Dessa forma a reflexão dos profissionais a cerca da prosposta terapeutica abre caminhos para reformulação de um plano de cuidado e das ações em equipe, onde abrangem não somente a equipe de saúde, mas também profissionais de outros segmentos em um processo dimâmico, pórem existem um grande desafio nesse sentido, a escassez de políticas públicas que na sua praticabilidade gera impacto positivo, voltadas para o contexto multidisciplinar e intersetorial.

Para Gonçalves, Vilela, Terra (2017), os profissionais atuantes nos serviços da rede de saúde mental, em especial os que trabalham em hospitais gerais, ao reconhecerem o processo de renovação do modelo de atenção, tem sua prática atravessada pela experiência histórica da enfermagem frente ao doente mental, e pelo novo discurso político-assistencial em saúde mental, por vezes, conflitantes.

Consequentemente a enfermagem psiquiátrica também passa por transformações, já que antes da reforma psiquiátrica, a assistência era caracterizada por atividades de observação, vigilância e anotações dos comportamentos e falas dos pacientes, usados para subsidiar o trabalho médico, que através da enfermagem conhece o momento da doença para propor intervenções, e atualmente busca afirmar as outras maneiras de cuidar, tendo como proposta transcender o acolhimento com garantias (SUCIGAN, 2012).

Portanto o profissional de enfermagem tem sua prática em evidencia quando garante a efetividade do cuidado, priorizando o contato com o paciente, buscando propostas que acompanhe a descentralização da assistencia, com um acolhimento universal e incodicional do paciente e de seus familiares.

Na prática, segundo Castro (2008), muitas vezes os enfermeiros psiquiátricos encontram dificuldades para cuidar de pacientes com esquizofrenia devido às características dessa. Sintomas como alucinações, delírios, autoagressão e agitação psicomotora podemcausar ansiedade nos cuidadores e dificultar o estabelecimento de comunicação interpessoal e a manutenção de relacionamentos de apoio.

Nesse contexto, leitos de atenção integral são utilizados em hospitais gerais para os chamados 'surtos' ou 'crises' de pacientes psiquiátricos. O suporte tem abordagem multidisciplinar, é realizado em curto prazo e o tratamento visa o rápido alívio dos sintomas e a rápida reintegração à sociedade (BRASIL, 2017).

A internação psiquiátrica é, portanto, concebida como uma ferramenta clínica terapêutica, indicada quando envolve a proteção da vida do doente mental ou de terceiros, e quando o acompanhamento de outras entidades da rede é interrompido. As decisões sobre internações, principalmente quando necessárias, devem ser tomadas com cautela e esforços devem ser feitos para evitar que o indivíduo e a doença se tornem crônicos (SOARES, 2010).

O estigma associados a esquizofrenia ainda é considerado um obstáculo, onde o sujeito confundi a realidade com o imaginário, gerando medo que contribue para exclusão social e a discriminação, nesse contexto onde o atendimento desse paciente alcança os nívesde baixa e alta complexidade, e, o enfermeiro encontra dificuldades pela falta de capacitação,pois tem a necessidade de exerccer sua conduta nas redes de saúde, na reabilitação, planejar o cuidado, discutir tomadas de decisões. Dessa forma, a falta de visibilidade faz com que o governo aloque poucos recursos para sáude mental.

Segundo Zóccoli (2016) diante do exposto, o enfermeiro necessita de educação e treinamento, atualização de conhecimentos, discussão da relação profissional-usuário, desenvolvimento do trabalho em equipe, sala de atendimento. Portanto, sem capacitação profissional, podem ser adotadas práticas profissionais contrárias aos princípios da reforma psiquiátrica, e as equipes assistenciais sentem-se incomodadas em realizar intervenções.

Neste contexto, torna-se cada vez mais importante a formação de enfermeiros centrados neste tipo de apoio, que pode ter um impacto positivo na qualidade dos cuidados e na redução dos sintomas. Ampliar seu compromisso profissional e desenvolver uma atitude profissional mais terapêutica e compreensiva (ALMEIDA; FUREGATO, 2000).

A capacitação em saúde mental é um processo continuo de renovação, base de melhoria da conduta e ações que englobam os serviços de saúde, com o objetivo de reafimar ereformular valores na assistência desse paciente, que teram início na atenção primaria com a procura espontânea do próprio paciente ou familiar, até chegar ao nível de atenção especializado na assistencia ao portador de esquizofrenia, o CPAS.

Para Bouttelet (2006), vencer os desafios da assistência norteada para os princípios do SUS e atendendo as atuais diretrizes da atenção psiquiátrica, temos tentado, em todas as iniciativas de parceria com as disciplinas, inserir os alunos da graduação em atividades que incorporem ações de saúde mental em qualquer serviço de saúde.

Entende-se que todos os profissionais da saúde devem questionar se suas ações conseguem efetivamente contribuir, não apenas para a manutenção da integridade física, mas para a diminuição dos agravos à saúde e para melhor qualidade de vida dos pacientes em seu cotidiano (FUREGATO, 2008).

No decorrer da vida acadêmica no curso de enfermagem, disciplinas relacionadas a saúde mental, vem sendo abordadas no intuito de preprar o aluno para lidar não somente com a enfermidade fisíca, muito embora essa abordagem necessite de aprofundamento, tendo em vista o crescimento das doenças mentais, e deparar-se com paciente em sofrimento, está se tornando cada vez mais comum nas unidades de saúde. Saber avaliar e planejar uma contuda requer conhecimento aprofundado, sendo essa uma ferramenta imprecíndivel na compreensão do conjunto de aspectos biopscossocial, sendo o fator social o mais pontuado nesse trabalho, com foco no apoio familiar e conduta de enfermagem no cuidado desse paciente.

Finalizamos essa reflexão destacando os grandes desafios na longa trajetória das lutas que deram início na Reforma psquiatrica, e perduram até a atualidade. A escacez de políticas públicas com elaboração de estratégias com o intuito de mitigar o sofrimento psíquico. O CAPS, por estar mais proximo do paciente portador do transtorno mental, tem o grande desafio de atenter às demandas capazes de prover atendimento adequado e universal, pela falta de investimentos para monitorar as condições que produzem sofrimento, adoecimento mental e adesão ao tratamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notoria a busca por novas evidências que possibilitem, e estimulem a compreenção das necessidades, facilitando e envolvendo a linha de cuidado com o objetivo de melhorar os sintomas e previnir recaídas, estabelecendo uma rede de cuidado que transcedem os muros institucionais. A resistência da utilização e não valorização são pontuadas como um desafio pois exige empenho e criatividade, e em contra partida sobre carga de trabalho dificulta a consolidação de um modelo de atenção a saúde mental.

A implementação do processo de enfermagem é vista como ferramenta para promoção do autocuidado e autonomia, as ações para essa implementação requer raciocínio cliníco e preparo com base científica, porém existem alguns obstacúlos para integrar a organizar cada fase desse processo.

Adotar estratégias de enfrentamento as dificuldades e desafios, apesar das limitações estruturais, focar na resolutividade dos problemas dos serviços de saúde, buscar articulações com as redes, fomentar educação continuada aos profissionais envolvidos no processo do cuidado, com ferramentas que permitam o ordenamento da demanda, a qualificação do processo do acompanhamento desse paciente.

REFERÊNCIAS

[1] ALMEIDA, A. S.; FUREGATO, A. R. Papeis e perfil dos profissionais que atuam nosserviços de saúde mental. **Rev. Enf Atenção Saúde**, v 4, n 1, p: 79-88, 2000.

[2] BALLONE, G. J. Esquizofrenias [página na Internet].Campinas: **PsiqWeb**; 2005.

[3] BERLINK, M. T., MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 11(1), 21-27, 2008.

[4] BOSSATO, H. R.; OLIVEIRA, R. M. P.; DUTRA, V. F. D.; LOYOLA, C. M. D. A enfermagem e o protagonismo do usuário no CAPS: um estudo na perspectiva construcionista. **Rev. Gaúcha Enferm**., v 42, 2021.

[5] BOUTELETT, D.; GODOY, M. T. H.; ESPERIDIÃO, E. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Goiás. **Esc Anna Nery**, v10, n4, 2006.

[6] BOTTARO, A. G.; ALESSI, N. P. O trabalho da enfermagem em saúde mental: contradiçõese potencialidaeds atuais. **Rev Lat Am Enf**, v 11, n 3, 2003.

[7] BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 26 de dezembro de 2011**. Institui a redede atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. DOU, 2011.

[8] BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2008.

[9] BRASIL. Minisério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas OPAS. Brasília, novembro de 2005. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

[10] BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Amarante**. Reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): MS; 2005.

[11] BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidade de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2002.

[12] BRASIL. Ministerio da Saude. **Portaria nº 364, de 09 de abril de 2013**. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas-esquizofrenia. Diário Oficial da União, 2013.

[13] BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

[14] CASTRO, S. A.; FUREGATO, A. R. F. Conhecimento e atividades da enfermagem nocuidado do esquizofrênico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v 10, n 4, 2008.

[15] COLVERO, L. A.; IDE, C. A.C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v 38, n 2, p:197- 205, 2004.

[16] DATTILIO, F.M. Famílias em crise. In: DATTILIO, F.M; FREEMAN, A.

[17] FERNANDES, M. M. T. S. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem**, v 17, n 6, 2009.

[18] FERREIRA TPS, SAMPAIO J, SOUZA ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. **Interface** (Botucatu), v 21, n 62, p:373-84, 2017.

[19] FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Formando especialistas em enfermagem psiquiátrica e saude mental por mais de duas décadas. **Cadernos IPUB,** v 6, n 19, p: 128-141, 2008.

[20] GARCIA, P. T.; REIS, R. S. Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. **EDFUMA,** 2018

[21] GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Contribuição das teorias de enfermagem para aconstrução do conhecimento da área. **Rev Bras Enferm**., v 57, n 2, p:228-32, 2004.

[22] GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

[23] GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Tradução Regina Machado Garces. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011 .

[24] GIACON, B. C. C.;GALERA, S. A. F. Primer episodio de la esquizofrenia y asistencia de enfermería. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v 40, n 2, p:286-291, 2006.

[25] GONÇALVES, A. M.; VILELA, S. C.; TERRA, F. S. Atitudes de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial frente ao adoecimento mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** vol. 18, núm. 5, pp. 647-654, 2017

[26] GUIMARÃES, A. N.; FOGAÇA, M. M.; BORBA, L. O. Et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto contexto - enferm.**, v 19, n 2,, 2010.

[27] JUNQUEIRA, M.; ANDRADE, L. F. Cuidados de enfermagem em pacientes com transtornos mentais inseridos nos centros de atendimentos psicossociais (caps). **Revista Brasileira de Ciências da vida**, V. 5, N. 2. 2017.

[28] LEAL EM. A experiência da violência na rede de assistência à saúde mental. In: Rauter C, Passos E, Benevides R, organizadores. Clínica e política: subjetividade e violação dos direitoshumanos. Rio de Janeiro: **Instituto Franco Basaglia**, TeCorá. p. 141-50.2002

[29] LIMA, D. U.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Compreendendo a equipe de enfermagem na assistência ao paciente esquizofrênico. Rev. Rede Enf Nordeste, v 14, n 3, 2013

[30] LOUZÃ, M. R.; NETO ELKIS, H. **Psiquiatria básica.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

[31] MARQUES, N. A.; TOLEDO, V. P.; GARCIA, A. P. R. F. Significação da psicose pelo sujeito e seus efeitos para a clínica da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v 65, n 1, p:116-120, 2012.

[32] MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. SãoPaulo: Escrituras; 2001.

[33] MELO, A. L. N. **Psiquiatria**. V. 2, 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

[34] OLIVEIRA, R. M., FACINA, P. C. B. R., SIQUEIRA JÚNIOR, A. C. La realidaddel vivir

[35] con esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v 65, n 2, p:309-316, 2012.

[36] PALMEIRA L, GERALDES MT, BEZERRA AB. Entendendo a Esquizofrenia: como afamília pode ajudar no tratamento? Rio de Janeiro: **Interciência**; 2009

[37] REIS, D. W. R. NASCIMENTO, R. V. Q.; PORTO, T. O. et al. Assistência de Enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, 2021.

[38] ROCHA, M. P. I.; PERDIZ, M. L. Estágio supervisionadoII. 1ª. Ed., **FTC**, 2007.

[39] ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista Enfermagem**, v 20, n2, 2007.

[40] SILVA, R. C. B. D. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia Usp**, v 17, n 4, 263-285, 2006.

[41] SILVEIRA, D. **Sofrimento psiquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saíúde mental na atenção básica de saúde**. Rio de Janeiro, 2003.

[42] SOARES, J. F.; ABREU, K. P.; LIMA,M. A. D. et al. comportamento suicida: fatores derisco e intervenções preventivas. **Rev. Elet. Enferm.,** v 12, n 1, 2010.

[43] SOUSA, K. L. P.; COSTA, A. F. C. Análise Histórica da Reforma Psiquiátrica e os seus Desdobramentos como Forma de Tratamento. **Psyc. Clin Neurosci**. V 258, p: 97-106, 2008.

[44] SUCIGAN, D. H. I.; TOLEDO, V. P.; GARCIA, A. P. R. F. Acolhimento e saúde mental:desafio profissional na estratégia da saúde da família. **Rev. RENE**, v 13, n1, p:2-10, 2012.

[45] TAVARES, R. C.; SOUSA, S. M. G. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidadesde inovação das práticas em saúde mental. **Saúde em Debate***, 33*(82), 252-263, 2009.

[46] TEIXEIRA, M. B. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. **Revista Brasileira de enfermagem**, v 58, n 2, 171-175, 2005.

[47] TULESKI, S. C. A Unidade do Psiquismo Humano para Vigotski e a Desagregação desta na Esquizofrenia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v 35, 2019.

[48] ZOCCOLI, B. O.; PRADO, F.; ROLDÃO, M. S. et al. Atuação e estratégias do enfermeiro na ressocialização do paciente esquizofrênico. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v 5, N 1, 2

CAPÍTULO

22 Descolamento prematuro de placenta (DPP): um relato de experiência

Joziane Souza da Silva[1], Thayna Monique Marques Pinto[2], Graciana de Sousa Lopes[3]

1. INTRODUÇÃO

O período gestacional é um evento fisiológico, onde a mulher sofre alterações anatômicas, mudanças metabólicas, físicas, sociais e emocionais. Um grupo de mulheres ainda apresentam condições clínicas e obstétricas desfavoráveis para sua saúde e para o feto, entre elas a hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e outras, sendo esta classificada como gestação de alto risco. Durante esse período a gestante deve mudar alguns hábitos, entre eles ter uma vida saudável, devendo ser acompanhada pelo profissional de saúde (SAMPAIO et al., 2018).

O apoio durante o pré-natal, independente do grau de risco considerado para a gestação, é de grande relevância, podendo ser incluído por meio de um atendimento humanizado e eficiente, com isso, implicando na redução da mortalidade e sofrimento da mãoe feto (AMORIM et. al., 2021).

Aproximadamente 90% das gestações, não demonstra complicações clínicas durante todo o seu percurso, sendo estas denominadas gestações de baixo risco, entretanto, outras gestações podem iniciam seu processo com alguma intercorrência ou em seu decorrer manifestar finais não, designando gestação de alto risco, onde a saúde e a vida do binômio mãe-feto favoráveis estão em risco (SILVA; CAVALCANTE; CAVALCANTE, 2021).

A gestação é dividida em três fases, denominadas, trimestres onde cada um evolui comsuas características sobre o desenvolvimento fetal, sempre com um olhar clínico rigoroso, atentando-se para as patologias de maior incidência em cada trimestre, em especial no que se refere ao surgimento de agravos ou complicações que ocasiona a emergências. As urgências e emergências obstétricas são caracterizadas como eventos que acontece durante a gestação e que põe em risco tanto a mãe quanto o feto, em razão de alguma intercorrência, no qual necessita de uma resposta imediata da equipe de saúde, das unidades de urgência e emergência e salas de parto, que assistirá a gestante e ao feto que se encontram em situação derisco (SILVA, CAVALCANTE, CAVALCANTE, 2021; SILVA et. al., 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2018, aproximadamente, 830 mulheres foram a óbito por conta de complicações obstétricas, sendo estas representantes de quase 75% da mortalidade materna mundial, dentre essas complicações têm-se: as síndromes hipertensivas da gestação (pré-eclâmpsia e eclampsia), hemorragias graves, infecção puerperal aborto, mas também outras que acontecem durante o período gestacional, parto e/oupós-parto. Sendo estas, muitas vezes

[1] Acadêmicas do curso de Bacharelado em Enfermagem do CeUni FAMETRO
[2] Acadêmicas do curso de Bacharelado em Enfermagem do CeUni FAMETRO
[3] MsC. Enfa. Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem do CeUni FAMETRO

evitáveis e tratáveis que contribuiriam para desfechos favoráveis (CARVALHO, CERQUEIRA, 2020; SILVA et. al., 2021).

Dentre uma dessas complicações tem-se o Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP), é caracterizada como a separação inesperada, indevida e prematura da placenta implantada no corpo do útero antecedente ao parto, na 20ª semana completa ou mais de gestação. Apresenta incidência de 1-2%, sendo, particularmente, entre 24 e 26 semanas de gestação, representando 10% dos partos espontâneos e indicados, morte do feto e complicações dos recém-nascidos (SARVASI; SOBRINO, 2019; SOUZA et. al., 2022).

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma gestante com: Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) em uma maternidade no município de Manaus- AM, e como objetivos específicos: descrever os desafios da gestante em DPP e discutir as percepções das gestantes em DPP frente à assistência de enfermagem.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ASPECTOS RELACIONADOS À GESTAÇÃO

A gravidez é um evento fisiológico que precisa ser entendido pelas gestantes e equipesde saúde como uma experiência de vida saudável (PREZOTTE et. al., 2021). É nesse período que ocorre uma diversidade de mudanças na vida da mulher, como mudanças fisiológicas, físicas e psicossociais que causam impactos diretos a sua saúde. Geralmente, espera-se que durante todo o período gestacional tenha uma evolução saudável. Contudo, algumas gestações, podem evoluir para complicações, levando a implicações para a saúde do binômio mãe-filho, e, dessa maneira, precisam que um profissional específico realize acompanhamentodurante o período gestacional, parto e puerpério (SILVA et. al., 2019).

E durante esta fase, essas alterações podem afetar demasiadamente a rotina tanto da gestante, quanto a do seu parceiro, levando ao surgimento de medo, dúvidas, angústias, entre outras, podendo causá-lo uma certa dificuldade na relação (ALVES; BEZERRA, 2020).

Vale salientar que é importante, ao se descobrir a gestação, fazer como a primeira atitude a se tomar é a busca por informações e ajuda nas Unidades Básicas de Saúde- UBS, onde a gestante, irá receber atendimento da equipe multiprofissional e especializado para orientações e resolução de dúvidas sobre a nova fase que se inicia em um programa denominado de pré-natal Natal (FARIAS, 2019).

No Pré-natal, a gestante tem atendimentos e consultas com o enfermeiro e o médico deforma intercalada, o acompanhamento se dá nas dependências das Unidades Básicas de Saúde(UBS), mas quando a gestante é avaliada e diagnosticada como uma gestação de risco ou no

decorrer do pré-natal a mesma evolui com alguma intercorrência, é necessário que essa gestante seja orientada e direcionada para atendimentos secundários e terciários (PREZOTTE et. al., 2021).

2.2. EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Durante o atendimento à mulher no ciclo gravídico em serviços de urgência/emergência hospitalares, é importante analisar os fatores de risco para a

gravidez para o manejo de cada caso clínico. Nesse sentido, vale destacar que as complicações podem ocorrer em qualquer fase da gestação, e que as emergências e emergências obstétricas são situações que requerem uma resposta quase imediata de toda a equipe de saúde (SÁ et. al., 2016; SILVA et. al. 2021).

No decorrer da gestação, pode haver fatores que a tornem uma gestação de risco como a exposição ou acidente com um agente teratogênico, alterações no desenvolvimento fetal, prematuridade ou parto prolongado, síndromes hipertensivas, diabetes gestacional e hemorragias, logo, a gestante necessita de um atendimento humanizado (PREZOTTE et. al., 2021). Nesse cenário, as principais emergências obstétricas são:

Síndrome Hipertensiva Específica de Gravidez – SHEG que é um dos principais agravos que mais afetam a mulher durante a gestação, é a SHEG, uma síndrome obstétrica que se apresenta, por volta, após a vigésima semana de gestação. É definida pela tríade: hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria, podendo resultar em convulsões e coma, normalmente, surge no terceiro trimestre gestacional, podendo se estender até o puerpério, emcerca de 6 a 12 semanas após o parto. Sendo, as síndromes hipertensivas ocupando o segundo lugar no ranking de causas de mortalidade materna, perdendo apenas para hemorragias, as quais são responsáveis por estimados 22% de todos os óbitos maternos na América Latina e representando, aproximadamente, 20% das mortalidades maternas no Brasil (SILVA et. al., 2021b; SOUSA et. al., 2021).

O SHEG engloba a pré-eclâmpsia consistindo em uma combinação de hipertensão e proteinúria (≥300 mg de proteína na urina de 24 horas) após 20 semanas de gestação e eclâmpsia com início pela tríade após 20 semanas de gestação. Hipertensão, edema e/ou proteinúria podem levar a convulsões e coma, geralmente ocorrendo no terceiro trimestre da gravidez e podem persistir até o período puerperal, cerca de 6 a 12 semanas após o parto (SILVA et. al., 2021b).

Síndromes Hemorrágicas: acontecem com maior presença no primeiro e no segundo trimestre da gravidez, nota-se que cerca de 10 a 15% das gestantes apresentam episódios hemorrágicos que podem caracterizar complicações gestacionais. No primeiro trimestre da gestação, a mais importantes situações hemorrágicas é conhecida como como Tríade dos sangramentos. E dos sangramentos da segunda metade da gestação, causados por gravidez ectópica, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina e vasa prévia (PREZOTTE et. al., 2021).

Deslocamento Prematuro de Placenta – DPP: o DPP se apresenta como umadas emergências obstétricas importantes na causa de mortalidade materna e perinatal, sendo está determinada pela sua gravidade e pela idade gestacional quando o DPP acontece. Seu diagnóstico precoce e condutas conservadoras e a transferência da gestante para maternidade com suporte para prematuros, melhoram seu prognóstico (SOUZA et. al., 2022).

Para Sarvasi e Sobrino (2019), afirmam que associando o DPP e os riscos maternos, têm-se a perda maciça de sangue, insuficiência renal, coagulopatia intravascular disseminada e, menos comum, morte materna.

2.3. UM BREVE OLHAR ACERCA DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta apresenta uma proposta para a enfermagem com a colocação de filosofia, proposições, conceitos, definições eprincípios. Os testes de teorias devem validar ou refutar estas propostas, o que pode ser feitoprogressivamente com cada um de seus componentes. Assim, "um princípio é uma premissachave ou suposição básica que é essencial para expor ou explicar uma teoria" (PAGLIUCA,1993), estabelecendo como princípios: a enfermagem atende pessoas, não doenças ou desequilíbrios. Todos os cuidados são preventivos, curativos e reabilitadores (HORTA, 1979).

Nesse contexto a Teoria das Necessidades Humanas Básicas apóia-se e engloba leis gerais como a do equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica), da adaptação e do holismo. Os seus conceitos centrais identificados são: enfermagem, ser humano, ambiente, saúde/doença, necessidades humanas básicas, assistir e cuidar em enfermagem (HORTA, 1979).

O modelo conceitual o qual foi elaborado por Horta tem como base a Teoria da Motivação Humana de Maslow, que se baseia no conceito de uma hierarquia de necessidades que influencia o comportamento humano, a qual estabelece que certas necessidades humanas são mais fundamentais do que outras. Algumas necessidades devem ser satisfeitas antes de outras (HORTA, 1979; NEVES, 2006), ou seja, as necessidades básicas são coisas necessárias para a sobrevivência e saúde, como comida, água, segurança e amor. Por exemplo, pessoas famintas são mais propensas a procurar comida do que a se envolver em atividades que aumentam a auto-estima (TORRES, .2012).

A hierarquia das necessidades humanas divide as necessidades básicas em cinco níveisde acordo com sua prioridade. O primeiro nível inclui as necessidades fisiológicas. O segundonível agrega as necessidades de segurança e proteção. O terceiro nível envolve as necessidades de amor e companheirismo. O quarto nível emprega as necessidades de auto- estima. O último nível é a necessidade de autorrealização (NEVES, 2006).

Horta faz um relacionamento entre os conceitos ser humano, ambiente e enfermagem. Na interação com o universo dinâmico, o ser humano vivencia estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Os desequilíbrios geram necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes e inconscientes, e levam o ser humano a buscar a satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio (PORTER; PERRY, 1999).

3. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência que trazem a descrição de fatos e, na maioria das vezes, não são provenientes de pesquisas, mas apresentam a experiência de um indivíduo ou de um grupo diante de uma situação. Ressalta-se que tal texto não necessita de aprovação do CEP, porém, precisa seguir a legislação vigente relacionada à ética (CESARIN; PORTO, 2021).

O estudo foi desenvolvido no período de julho de 2022 a março de 2023, a partir de vivências de uma gestante a qual no ano de 2020 esteve frente à assistência de enfermagem em parturiente com DPP em um hospital privado do município de Manaus-AM.

A coleta de dados se deu através do método observacional, com auxílio de diário de campo, desta forma foi possível elencar todo processo desde a chegada da gestante na maternidade, primeiro contato com a equipe de enfermagem, internação hospitalar, a vivência e desafios enfrentados durante a internação, a alta hospitalar e consequências enfrentadas pós internação.

A análise do conteúdo foi realizada a luz de teoria de Wanda Horta, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas que traz o conceito de que as necessidades humanas básicas são estados de tensão, conscientes ou inconscientes, que resultam dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais, sendo comuns a todos os seres humanos e são universais. Com a intenção de facilitar o estudo das necessidades humanas básicas, Horta adotou o sistema de classificação por necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual (CIANClARULLO, 1987).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE DO PONTO DE VISTA DO CUIDADO

A assistência a gestantes com descolamento prematuro de placenta (DPP) é acompanhada por diversas dificuldades, assim como na experiência vivenciada pela parturiente, outras pacientes também experimentaram desafios como episódio de sangramentovaginal foi detectado, perda sanguínea vaginal importante, que nesse caso foi observado na 16ª semana gestacional. Assim, observa-se que em conjunto com ao sangramento também ocorreram o declínio do estado geral com hipotensão (PA: 70x40mmHg), seguidos de fraqueza e fadiga. Os exames laboratoriais revelaram-se com grande alteração, apresentando hemoglobina a 4g/Dl e, portanto, a necessidade de reposição volêmica e de hemoderivados.

O desagregar da placenta da parede uterina pode ser causado por forças mecânicas (trauma abdominal associado à rápida descompressão do útero) ou anormalidades vasculares uteroplacentárias (trombose, angiopatia decidual, inflamação). A hemorragia decidual e a formação de trombo pós-placentário são eventos progressivos que levam à diminuição da oxigenação materna e fetal e troca de nutrientes, ruptura de membrana e aumento da contratilidade miometrial (ALVES, 2016).

Imagem 1 – Hematúria e perdas vaginais

FONTE: Arquivo pessoal, 2020.

Imagem 2 – Hematúria

FONTE: Arquivo pessoal, 2020.

Outro fator agravante visualizado no quadro clínico da parturiente em questão foi aanemia, seguida de fraqueza e letargia.

Para Dantas et al (2022), durante a gravidez algumas gestantes podem apresentar complicações prejudiciais à saúde do binômio mãe e bebê, dentre elas a anemia. Anemia é uma condição patológica, onde ocorre a redução da massa de hemoglobina e eritrocitária. No entanto, essa redução ainda não é suficiente para definir a anemia, já que essa alteração pode vir a ocorrer de forma fisiológica, principalmente durante a 24º semana.

Imagem 3 – Reposição volêmica em virtude de quadro de hipovolemia

FONTE: Arquivo pessoal, 2020.

Outro achado comum foi a presença de dor intensa na região supra púbica momento da admissão no pronto atendimento, a qual na escala EVA (Escala Visual Analógica) foi verbalizada, nesse caso, a 10/10 pontos.

A dor, relacionada ao grau de sofrimento, possui propriedades sensoriais complexas e difíceis de determinar ou explicar por se tratar de um processo individual e subjetivo. Embora não haja instrumentação padrão para medição da dor que permita a um agente externo entender objetivamente a experiência de dor de um paciente, é necessário utilizar instrumentos para medir a dor e orientar a terapia analgésica no cuidado da gestante (ZEBRAL et. al., 2019).

Imagem 4 – Algia em PICC e dificuldade em posicionar-se no leito

FONTE: Arquivo pessoal, 2020.

Durante a gestação, ocorrem inúmeras mudanças hormonais e biomecânicas no corpo da mulher podendo resultar em desconforto ou dor, causando limitações nas atividades da vida diária e profissional. Uma das principais causas dessas mudanças na estática e nadinâmica do esqueleto da gestante é o constante crescimento do útero. Sua posição anteriorizada dentro da cavidade abdominal, além do aumento no peso e no tamanho das mamas, são fatores que contribuem para o deslocamento do centro de gravidade da mulher para cima e para frente, podendo causar dores (MANN et al., 2008). A presença do cateter venoso central também foi outro agravo encontrado, apesar de amenizar as pulsões para acesso venoso periférico, a dor, a vergonha e a dificuldade em realizar as atividades de vida diária tornavam os dias mais difíceis.

Um cateter venoso central de inserção periférica, (PICC) é um aparato geralmente introduzido pela punção de uma veia superficial ou profunda da extremidade superior até a veia cava, que proporciona a interrupção de múltiplas punções, e consequências negativas formação de trombose venosa periférica (TVP), ansiedade, dor, constrangimento, dificuldade para tomar banho, realizar atividades da vida diária, falta de conhecimento profissional sobre o gerenciamento do dispositivo liberdade de movimento (RODRIGUES et al., 2021).

Imagem 5 – Dispositivo PICC ativado

FONTE: Arquivo pessoal, 2020.

Nesse contexto, para que o cuidado em saúde prestado no ciclo gravídico-puerperal atinja seus objetivos, é importante que cada um dos profissionais envolvidos oriente sua disciplina em termos de conhecimento científico e implicações éticas, sociais e políticas, valorizando a enfermagem quando o trabalho científico é integrado ao trabalho técnico e tem uma base teórica que fornece metodologias para resolução de problemas, julgamento clínico einteração entre profissionais e indivíduos. A teoria de enfermagem auxilia o enfermeiro na realização do seu trabalho, permitindo-lhe repensar a prestação de cuidados, justificar a prática e orientar a ação de enfermagem ao ser humano no contexto da vida (RODRIGUES et al., 2020).

Horta (2018) define que para que o cuidado em saúde prestado no ciclo gravídico-puerperal atinja seus objetivos, é importante que cada um dos profissionais envolvidos orientesua disciplina em termos de conhecimento científico e implicações éticas, sociais e políticas, valorizando a enfermagem quando o trabalho científico é integrado ao trabalho técnico e tem uma base teórica que fornece metodologias para resolução de problemas, julgamento clínico einteração entre profissionais e indivíduos. A teoria de enfermagem

auxilia o enfermeiro na realização do seu trabalho, permitindo-lhe repensar a prestação de cuidados, justificar a prática e orientar a ação de enfermagem ao ser humano no contexto da vida.

O emprego da teoria das necessidades humanas básicas no cuidado proporciona o conhecimento integral da gestante, o conhecimento do seu perfil, a elaboração de planos de cuidados, uma abordagem diferenciada e individualizada voltada para o seu bem-estar. Além de relações privilegiadas entre profissionais e mulheres essa teoria oportunizou uma maior escuta e colaboração no empoderamento e libertação das mulheres (GALVÃO et al., 2016).

Nesse cenário, focar na saúde materna é um desafio para as autoridades de saúde em todo o mundo, tanto em termos de qualidade da assistência prestada quanto no quadro conceitual. As três fases do ciclo gravídico devem ser acompanhadas satisfatoriamente: gravidez, parto e puerpério para que a mulher possa receber uma assistência integral e de maior qualidade.

4.2. DESAFIOS E COMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS ENFRENTADOS PELA GESTANTE.

Um dos desafios encontrados em longos períodos de internação hospitalar é a manutenção de acessos pérvios e quadros de flebite, o que leva a necessidade de se realizar acesso central. Além desse fator, somando-se ao quadro de constipação experimentado pela paciente, foi a infecção por COVID-19, o que desencadeou em sentimento de ansiedade e medo da morte por conta das diversidades vivenciadas por diversas outras situações sócio- emocionais enfrentadas pela parturiente, gerando, por conseguinte, a urgência de acompanhamento do binômio pela equipe multidisciplinar da unidade para uma melhor assistência de saúde.

Segundo Silva e Clapis (2020), a preocupação existe na vida de todos. No contexto da gravidez, algumas mudanças se inserem na vida gestante e se fazem ainda mais presentes. As complicações obstétricas das gestações atuais afetam diretamente sua saúde mental, pois

intensificam emoções negativas como dor, tristeza, desesperança que vai gerando sofrimento durante a gravidez, portanto, corroborando com os achados observados do caso apresentado.

Para Nunes et. al. (2020) e Zamorano (2021), o período perinatal é caracterizado por momentos de crise existencial, refletidos em intensa elaboração de emoções e percepções sobre mudanças físicas e adaptações a novos papéis sociais que afetam a saúde mental e os processos de adoecimento. o apoio de parceiros e outros membros da família imediata pode ajudar positivamente a aliviar estados de humor depressivo. Os sintomas incluíam alterações de humor, estresse no parto, distúrbios do sono, sentimentos de culpa e diminuição do desejo de comer, que podem ser observados neste caso.

Eventos de emergências de saúde pública, como a atual pandemia do COVID-19, suscitam perturbações psicossociais que afetam a capacidade de enfrentamento de toda a sociedade, ainda que a maior parte dos problemas sejam considerados reações normais para uma situação anormal (FIOCRUZ, 2020). Esse contexto pode trazer repercussões especialmente durante a gestação, que é um período marcado por grande instabilidade emocional (ARRAIS et al., 2021), oportunizando ainda mais o agravamento da adaptação

materna ao ciclo gravídico puerperal (FERREIRA, 2021).

Frente a agravos emergidos no quando clínico da parturiente em questão a equipe sempre atuou de maneira holística e humanizada, com manejos e terapêuticas voltados para os sinais e sintomas apresentados, sendo solícitos e resolutivos nas queixas levantadas, havendo uma articulação para prestação de uma assistência de qualidade.

Conforme Souza et al (2022), a assistência à saúde deve ser humanizada e pautada no privilégio legal. Para que os profissionais de saúde mudem sua prática e reformulem a assistência prestada, as equipes multiprofissionais precisam ser instrumentos mais confiáveis para que as gestantes expressem e compreendam suas perspectivas sobre a experiência, abordando essa realidade e identificando as fragilidades e possíveis potencialidades na assistência prestada pelos serviços de saúde, encorajando-as e deixando-as à vontade.

Os mesmos autores também ressaltam que, para que a relação profissional-paciente seja confiável, os profissionais devem compartilhar conhecimentos a fim de diminuir possíveis erros cometidos pelos pacientes. Nesse cenário, no marco da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), Horta buscou aprofundar sua teoria, partindo de sua preocupação em constituir a enfermagem como ciência (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008).

Assim, no cerne do TNHB, os seres humanos possuem qualidades únicas de singularidade, autenticidade e individualidade que são parte integrante, interagem e são influenciados pelo universo no tempo e no espaço (HORTA, 1979). A pirâmide de Abraham Maslow, o fundador da Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas, abrange as NHBs que são fisiologia, segurança, amor e relacionamento (aspectos sociais), estima e realização pessoal, conforme demonstrado na (Fig. 01).

Figura 01 – Pirâmide de Maslow

FONTE: CAVALCANTE (2020),

Dentro da hierarquia das necessidades humanas básicas desenvolvida por Maslow, é compreensível que tais necessidades surjam e se desenvolvam em sequência desde o nascimento até a idade adulta. Assim, as bases da pirâmide hierárquica mais básica apresentam maior prevalência no início do desenvolvimento do que aquelas mais altas na hierarquia (como a autorrealização), porém quando a pessoa se encontra adoecida sua preocupação é voltada para sua fisiologia (agua, alimentos, sono, necessidades fisiológicas, etc.) e para sua segurança (auto segurança, segurança da família, saúde, estabilidade, etc.).

Em relação ao amor, ou gratidão, Maslow dividiu essa necessidade em dois componentes: autoestima e gratidão dos outros. A primeira tem a ver com o respeito que uma pessoa atribui a si mesma, aos seus feitos meritórios, à dignidade da sua vida. A segunda diz respeito ao desejo de reputação, status, domínio e prestígio recebido dos outros. (TOARMINA; GAO, 2013).

No que tange aos desafios psicológicos as vivências são intensas, pois o estresse e a ansiedade desencadeadas pelo medo e pela incerteza da evolução da gestação são muito desgastantes, o que leva a um desequilíbrio conforme abordado por Maslow.

Assim, o cuidado de enfermagem embasado na Teoria das Necessidades Humanas básicas, agrega a qualidade na assistência, uma vez que proporciona aos profissionais o foco das intervenções por ordem de maior necessidade do paciente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As emergências obstétricas proporcionam momentos e situações de desafios, tanto para a gestante quanto para a equipe de saúde que irá lhe atender, e no decorrer deste trabalho,notou-se as principais dificuldades num cenário de emergência, sobre a ótica da gestante, quem recebe os cuidados e seus desafio e questões sofridas após o decorrer de seu quadro clínico e a atuação efetiva da equipe multiprofissional no atendimento de urgência e emergência obstétrica.

A importância desta temática para a saúde, torna-se relevante sobre a perspectiva de fazer refletir a todos os profissionais, como a gestante, quem recebe os cuidados, como ela se sente em relação ao seu quadro e como ela visualiza todas as questões seja profissional ou não, mas que traz um feedback tanto positivo quanto negativo para as instituições de saúde e profissionais e trabalhadores da saúde no geral.

Nesse sentido, portanto, foi estabelecida a teoria das necessidades humanas básicas para atender às necessidades das gestantes, principalmente no que diz respeito às necessidadesde natureza psicobiológica que devem ser consideradas na enfermagem. cuidados, fortalecer ainteração e o vínculo entre cuidadores e gestantes e influenciar na segurança e autonomia da mulher.

REFERÊNCIAS

[1] ALVES, T. V.; BEZERRA, M. M. M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. ID on line **Revista de Psicologia**, v. 14, n. 49, p. 114–126, 28 fev. 2020.

[2] AMORIM, RS, MATOS, PL, SANTOS, TG, et al. Emergências obstétricas e acompanhamento de usuárias na classificação de risco. **Global Academic Nursing Journal** , *2* (Spe. 1), e99-e99, 2021.

[3] ARRAIS, A. R.; AMORIM, B.; ROCHA, L.; HAIDAR, A. C. Impacto psicológico dapandemia em gestantes e puérperas brasileiras. **Diaphora**, v. 10, n 1, 2021.

[4] CARVALHO, S. S.; CERQUEIRA, C. S. Atuação do enfermeiro obstetra em urgências e emergências obstétricas: revisão de literatura. **Saúde em Revista**, 20(52), 87-95. 2020.

[5] CESARIN, S. T.; PORTO, A. R. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações**. J. nurs. health**., v 11, n 2, 2021.

[6] CIANClARULLO, T.W . Teoria das necessidades humanas básicas — um marco indelével na enfermagem brasileira. **Rcv. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 21 (no especial): 100-107, 1987.

[7] DANTAS, M. K. L.; SANTOS, C. T. L.; SANTOS, R. M. C. et al. Baixa adesão ao uso de sulfato ferroso na gestação associado à anemia ferropriva. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, e7511729597, 2022.

[8] FARIAS, O. J. S. Avaliação do conhecimento nutricional de gestantes na UBS Waldir Viana no município de Parintins- AM. **repositorioinstitucional.uea.edu.br**, 7 jun. 2019.

[9] FERREIRA, A. S. Impactos mentais da pandemia de COVID 19 no ciclo gravídico puerperal. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, **CUnB**, Brasília, DF, 2021

[10] FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. (Org.). Recomendações e orientações em saúde mental e atenção Psicossocial na COVID-19. Brasília: **Fundação Oswaldo Cruz**, 2020. 342 p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44264. Acesso 22/03/2023

[11] GALVÃO, E., LOPES, G. S., DALCIN, C. B., et al. Sistematização da assistência de enfermagem com uma gestante colecionadora de materiais recicláveis. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, 17 (1), 23-31, 2016.

[12] HORTA WA. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU; 1979.

[13] LESTER, D. Measuring maslow's hierarchy of needs . **Psychological Reports**, v 131, n 1, p:15 – 17, 2013.

[14] MANN, L.; KLEINPAUL, J. F.; TEIXEIRA, C. S.; KONOPKA, C. K. Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. **Fisioter. Mov**. abr/jun;21(2):99-105. 2008

[15] MARQUES DKA, MOREIRA GÂC, NÓBREGA MML. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. **Rev enferm UFPE** on line. out./dez.; 2(4):481-88,2008

[16] NEVES, R. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm** 2006 jul-ago; 59(4): 556-9

[17] NUNES, S. F. M., et al. Repercussões da síndrome hipertensiva gestacional na saúde mental de gestantes: revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Development**, 2020, 6.12: 103995-104006.

[18] PAGLIUCA, L. M. F. Os princípios da teoria das necessidades humanas básicas e suaaplicabilidade para o paciente com indicação de transplante de córnea. **R. Bras. Enferm. Brasilia.** 46(1): 21-31, 1993.

[19] POTTER EA, PERRY AG. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**.4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.

[20] PREZOTTE, I. B., PEREZ, P. S., LOZANO, T. D. S. P., et al. Reflexão sobre o papel da enfermagem na classificação de risco em emergências obstétricas. **Revista do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium,** n 17, p 70-84, 2021.

[21] RODRIGUES, A. L.; MARIA, V. L. R. Teoria das necessidades humanas básicas: conceitos centrais descritos em um manual de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v 14, n 2, p: 353 - 359, 2021.

[22] RODRIGUES, A. L. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVEIRA, M. A. M.; FONTENELE, F. M.

[23] C. Contribuições da Teoria das Necessidades Humanas Básicas para o cuidado de enfermagem durante a gravidez. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, e2179107112, 2020

[24] SÁ, G.G.de M. et al. Emergências Obstétricas: características de casos atendidos por serviço móvel de urgência. **Revista Interdisciplinar**, 9(2), pp.136–144, 2016.

[25] SAMPAIO, A. F. S., ROCHA, M. J. F.; LEAL, E. A. S. High-risk pregnancy: clinical- epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public Maternity Hospital of Rio Branco,

Acre. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infanti**l, 18, 559-566, 2018.

[26] SARVASI, A. C.; SOBRINO, D. S. Descolamento prematuro de placenta idiopático: relato decaso. I**nternational Journal of Health Management Review**, *5*(2), 2019

[27] SILVA, B. G. S. et al.. Perfil clínico e fatores de risco para o desenvolvimento da pré- eclâmpsia em gestantes. **Anais VI JOIN / Brasil - Portugal.:** Realize Editora, 2019.

[28] SILVA, D. P.; CAVALCANTE, C. A. .; CAVALCANTE, F. F. Avaliação e classificação de risco em emergências obstétricas: revisão de literatura. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento,** 10 (15), e592101523923-e592101523923, 2021.

[29] SILVA, M. M. J.; CLAPIS, M. J. Percepção das gestantes acerca dos fatores de risco para depressão na gravidez. REME - **Rev Min Enferm**. 2020.

[30] SILVA, E. C. et al. Atuação do enfermeiro na prevenção das síndromes hipertensivas na gestação no âmbito da atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6448, 9 fev. 2021b.

[31] SILVA, M. A. B., EVANGELISTA, B. P., FEITOSA, J. P., et al. Condutas do Enfermeiro emSituações de Urgências e Emergências Obstétricas Id on Line **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, 15(56), 137-152, 2021

[32] SOUSA, R. S. S. et al. Atuação da enfermagem no atendimento às emergências obstétricas: Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1022–1032,12 jan. 2021.

[33] SOUZA, G. S.; OLIVEIRA, S. P.; MORAES, et al. Condutas no descolamento prematuro de placenta. **Research, Society and Development**, [S. l.] , v. 11, n. 5, pág. e47411525784, 2022.

[34] SOUZA, M. S., et al. Assistência da equipe multiprofissional na prevenção da violência obstétrica: revisão integrativa. RECIMA21. **Revista Científica Multidisciplinar**-ISSN 2675- 6218, 2022b.

[35] TAORMINA, R. J.; GAO, J. H. Maslow and the motivation hierarchy: Measuring satisfactionof the needs. **The American Journal of Psychology,** v *126*, n 2, 155-177, 2013.

[36] TORRES, E. Sistematização da assistência de enfermagem: propondo um protótipo de CATÁLOGO CIPE. **UFF**, 2012.

[37] ZAMORANO, A. A. Depressão pós-parto: um enfoque à saúde mental da puérpera sob a perspectiva da enfermagem. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, 2021, 7.9: 92-108.

[38] ZEBRAL, B. C., et al. Dor em gestantes e puérperas hospitalizadas. 2019. **Rev Med Minas Gerais**; 29 (Supl 8): S25-S31, 2019.

CAPÍTULO

23

Percepções do enfermeiro frente ao parto de indígenas: uma revisão narrativa

Maria Lígiane da Silva[1], Severo Mateus Gamenha Júnior[1], Graciana de Sousa Lopes[2]

1. INTRODUÇÃO

As práticas de parto passaram por uma série de mudanças, desde eventos assistidos porparteiras domiciliares até uma transição completa de procedimentos para ambientes hospitalares assistidos por profissionais médicos. No Brasil, a obstetrícia tem documentado o uso excessivo de inúmeras intervenções de cesariana e parto vaginal (GUIMARÃES *et al*., 2021).

A Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, conforme Portaria nº 254, de 31 dejaneiro de 2002, oferece assistência integral à saúde dos povos indígenas, levando em consideração suas circunstâncias sociais, culturais e geográficas, e de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. define o acesso aos cuidados de saúde. , a diversidade histórica e política estimula a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável a problemas de saúde mais graves e transcendentais entre os brasileiros, a eficácia de seus medicamentos e o direito dessas pessoas à sua cultura (BRASIL, 2002).

Bezerra (2017) destaca que o estado de saúde das mulheres indígenas apresenta alta taxa de fecundidade total. Isso porque os povos indígenas vivenciam a maternidade muito cedo, com oito ou mais filhos por mulher, principalmente nas regiões norte do país.

No Brasil, as mulheres indígenas frequentemente enfrentam várias formas de discriminação com base em gênero e etnia, afetando sua qualidade de vida, morbimortalidade e acesso aos serviços de saúde principalmente no que se refere ao pré-natal eficaz e adequado,uma vez que muitas não realizam mais do que uma única consulta (ABRITTA, 2021).

As mulheres indígenas são vulneráveis, tanto social quanto economicamente. Assim, esse baixo índice de cesarianas pode indicar falta de intervenção necessária para o parto, ou uma marca preservada da cultura indígena, cuja relação com o parto pode estar relacionada a problemas de saúde, e não aos fatos naturais da vida (COIMBRA *et al*. 2013).

Assistência em saúde durante a gravidez é importante, pois trata-se de prevenir e identificar riscos de múltiplas causas por meio do pré-natal, a partir de cuidados e condutas básicas para o desenvolvimento e bem-estar da mulher e para o futuro imediato do recém- nascido. Esse acolhimento atende principalmente mulheres em todos os territórios das áreas indígenas (COFEN, 2021).

As mulheres indígenas fazem parte dessa população culturalmente diversa e as políticas de saúde devem ser elaboradas de acordo com os diversos contextos étnicos aos

[1] Acadêmicos do curso de Bacharelado em Enfermagem do CeUni FAMETRO
[2] MsC Enfa Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CeUni FAMETRO

quais pertencem. Um estudo realizado com mulheres indígenas neste país sugere que a legítima população amazônica vive uma realidade específica e distinta das origens sociais, econômicas e culturais de outros povos indígenas no Brasil (FERREIRA, 2013).

As organizações assistenciais para parto de mulheres indígenas mudaram ao longo dos anos. Partos domiciliares e/ou partos naturais, os quais tinham o auxílio de parteiras, deixaram de ser utilizados passando cada vez mais a serem hospitalizados e medicalizados. O alto índice de cesarianas deu-se pela ocupação do espaço que antes era do parto vaginal, tanto na população geral como na indígena (BEZERRA, 2017).

O presente artigo tem como objetivo geral discutir à assistência ao parto de mulheres indígenas sob a percepção de enfermeiros. Com isso será necessário investigar os desafios enfrentados por enfermeiros na assistência ao parto de mulheres indígenas e discutir sobre as estratégias para assistência ao parto em indígenas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

No princípio do século XX, devido à alta taxa de mortalidade por doenças infecciosas decorrentes da expansão das fronteiras econômicas, em 1910 o Serviço de Proteção aos PovosIndígenas e Colocação de Trabalhadores Nacionais (posteriormente denominado SPILTN SPI (Serviço de Proteção ao Índio) foi criado. Em 1968, a FUNAI criou as Equipes Voadoras de Saúde. Essa equipe prestava assistência médica, vacinava e supervisionava o trabalho dos agentes de saúde locais, geralmente auxiliares de enfermagem ou enfermeiras (SANTOS, 2017).

Em 1988, a Constituição brasileira estabeleceu para os povos indígenas os mesmos direitos dos cidadãos brasileiros no acesso aos serviços básicos de saúde e educação, bem como para sua cultura, crenças, costumes, costumes, religião, território e seus valores, dos quais são considerados culturais patrimônio (BRASIL, 2000).

Em 1910, a saúde indígena passou a ser responsabilidade do Serviço de Proteção ao Índio (SPI). Nesse sentido, as preocupações com a saúde indígena passaram a receber mais apoio do estado, e restabelecer a saúde de 31 indígenas diante da epidemia ocorrida na época foi a primeira a ser tomada pelo estado (BRASIL, 2002).

Com o fim do Serviço de Conservação do Índio, em 1967, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), com uma divisão para tratar dos problemas de saúde existentes entre os povos indígenas. A Constituição de 1988 garantiu que a saúde fosse de responsabilidade integral do Estado e garantida a todos, e criou um Sistema Integrado de Saúde (SUS) para atender os povos indígenas do país. Criada pela Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca (MIRANDA; CHACUR, 2018).

O projeto de lei propunha a criação de um Subsistema de Gestão da Saúde Indígena para atender à omissão do Estado em atender as questões relacionadas à saúde indígena excluídas das Leis 8.080/90 e 8.142/90. O projeto virou lei em 1999 e recebeu o nome de Lei Arouca Lei 9.836/99 (BENEVDES; PORTILLO; NASCIMENTO; 2014).

A Lei nº 9.836 institui o Subsistema de Gestão da Saúde dos Povos Indígenas para o estabelecimento de políticas e serviços de saúde voltados ao atendimento coletivo ou individualizado dos povos indígenas em todo o território nacional. As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária,

secundária e terciária à saúde (BRASIL, 1999).

A Lei Arouca se tornou o principal aporte legal para a saúde indígena juntamente com o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas e transfere integralmente para o Ministério da Saúde a responsabilidade sobre o estabelecimento das políticas e diretrizes para promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, e, para a Funasa, a execução dessas políticas e diretrizes (BENEVIDES, PORTILLO, NASCIMENTO; 2014).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) é regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, e aprovada pela portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, e traz como objetivo a garantia ao acesso integral à saúde dos povos indígenas, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, tendo nas suas diretrizes tem orientações para o planejamento, avaliação, implementação e controle das açõesvoltadas à saúde da população indígenas (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde (2002), afirma que é necessário preparar recursos humanos para trabalhar num contexto intercultural, bem como acompanhamento das ações de saúde voltadas para as populações indígenas, além de conexão com os sistemas tradicionais de saúde indígena e a promoção do uso adequado e racional de medicamentos e de ações específicas em situações específicas, como também promover a ética nas pesquisas e ações desaúde envolvendo comunidades indígenas e ambientes saudáveis e proteger a saúde dos povosindígenas e promover o controle social.

2.1.1. SAÚDE DAS MULHERES INDÍGENAS

A Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena, por sua vez, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena preconiza um conjunto de diretrizes as quais promovem garantia aoacesso à atenção integral à saúde indígena (BRASIL, 2012).

Atenção à Saúde Inclusiva para Mulheres Indígenas é um evento de comunicação concebido como uma conferência interétnica, reunindo representantes de diferentes origens étnicas. Fazer políticas de saúde para as mulheres indígenas por meio da medicalização do corpo feminino tende a dificultar os processos de produção indígena gerados socialmente (FERREIRA, 2013).

Os problemas de saúde reconhecidos pelas mulheres indígenas incluem: Desnutrição em mulheres e crianças, mortalidade por neoplasia em colo de útero e de mama, dificuldade no tratamento de infecções sexualmente transmissíveis em mulheres e homens; alcoolismo e uso de drogas, violência contra a mulher e prostituição; baixa participação de mulheres indígenas em processos de controle social, além da existência de uma minoria de mulheres indígenas atuando como Agentes Indígenas de Saúde (AIS) (AIS) (FUNASA, 2005).

As mulheres, sejam elas indígenas ou caucasianas, mas principalmente as indígenas, têm dificuldade em conversar com os homens sobre questões de saúde. Especialmente quandoessas questões estão relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. É muito difícil para as mulheres indígenas falar sobre corrimento vaginal e fazer exames ginecológicos, ou seja, abriras pernas para médicos homens, pois vai contra os valores culturais (FUNASA, 2005).

As mulheres indígenas também defendem que os serviços de saúde respeitem as peculiaridades culturais de seu povo, valorizem e apoiem o trabalho dos profissionais nos

sistemas tradicionais de saúde e promovam a saúde da mulher e da criança, enfatizando a importância de promover as práticas indígenas de cuidado (FERREIRA, 2013).

As preocupações com a saúde das mulheres indígenas permanecem precárias devido à falta de intervenções garantidas, como pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero e prevenção de DST/HIV/AIDS (GUTKE *et al*., 2015).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo revisão narrativa da literatura, aqual, segundo Vosgerau e Romanowsk (2014), é constituída por uma análise ampla da literatura, sem estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável em nível de reprodução de dados e respostas quantitativas para questões específicas.

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Departamento de Atenção a Saúde Indígena, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Brasil Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Public Medline (PUBMED).

Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos disponíveis gratuitamente,, em língua portuguesa, espanhola e inglesa, publicados no período de 2013 a 2023, que tratam de assuntos pesquisados. Como critérios de inelegibilidade foram artigos em forma de resumo, obras incompletas e que não traziam como abordagem principal a temática em questão.

Finalmente os artigos foram lidos na íntegra, sendo elaborado um instrumento para a coleta de informações direto das bases de dados. A questão norteadora do estudo foi: Quais os processos de assistência ao parto de mulheres indígenas, sob a percepção de enfermeiros?

A busca nos periódicos sobre parto em mulheres indígenas, resultou em poucos trabalhos sobre a temática, especificamente sobre o eixo da pesquisa através da clareza e os cuidados de enfermagem prestados as gestantes indígenas. Sistematizou-se um esquema para extrair informações em decorrência dos demais autores. A construção dessa tabela resultou num total de 11 artigos (Tabela 1) incluindo 10 nacionais e 1 internacional. Com isso cada lacuna resume o processo que antecede a atuação prática do enfermeiro sob o ponto de vista da literatura, vale ressaltar que o processo investigativo dessa natureza dispõe da transcrição vivenciada de autores no campo temático junto com mulheres indígenas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. DESAFIOS DA ENFERMAGEM FRENTE AO PARTO DE MULHERES INDÍGENAS E AS AÇÕES ASSISTENCIAIS AO PARTO DE MULHERES INDÍGENAS

A disponibilidade e o acesso à saúde são inadequados, principalmente em áreas remotas dos centros metropolitanos, com escassez de profissionais qualificados e devido às condições variadas nas fronteiras da Amazônia, onde o atendimento à saúde é inseguro (GUIMARÃES, 2011; SILVA, MENDES, MONTEIRO, 2020).

Para Bezerra (2015), a infraestrutura física e organizacional precária do sistema de saúde contribui para o não conhecimento de questões fundamentais da saúde

reprodutiva e da saúde da mulher indígena no Brasil e para o desenvolvimento de intervenções específicas paraesse grupo populacional, resultando em má qualidade nos cuidados obstétricos com pouca segurança e pouca intervenção.

As mulheres indígenas, além do acesso precário à saúde, são obrigadas a seguir o mesmo caminho das mulheres caucasianas para receberem assistência ao parto e/ou à maternidade, sem que suas necessidades pessoais ou culturais sejam respeitadas (BEZERRA, 2017)

De acordo com Garnelo *et al.* (2019), para as mulheres indígenas no Brasil, as diretrizes gerais recomendadas para os cuidados com a gravidez são proibir a discriminação com base em raça e etnia, quanto às mulheres não indígenas. Parto domiciliar, parto natural, obstetrícia, parto hospitalar, parto hospitalar e parto médico. O parto vaginal também aumenta as taxas de cesariana entre os povos indígenas e em geral (BEZERRA, 2017).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2021), as causas decesarianas frequentes são diversas, incluindo políticas e financiamento do setor de saúde,normas culturais, percepções e práticas, taxas de parto prematuro e qualidade do atendimento. A imunização, saneamento, vigilância epidemiológica e treinamento de pessoal são responsabilidades da Fundação Nacional de Saneamento Básico (FUNASA) e a assistência àsaúde é responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). As intervenções de saúde voltadas para esse grupo populacional devem levar em consideração as característicasculturais para atingir os objetivos propostos. Essas pessoas vivem à margem da sociedade,estão isoladas em seu próprio universo e devem ser respeitadas (SILVA, DIAZ, SILVA, 2015; LIMA, 2018).

Em Brasil (2015) ao promover a saúde da mulher indígena, enfatizando a necessidade de ações voltadas para as violações sofridas pelas mulheres indígenas, de acordo com as demandas do próprio grupo; trouxe um engajamento mais forte. DSEI (Distrito Sanitário Indígena) no acompanhamento das políticas para mulheres indígenas. As mulheres mais velhas acreditam que o método tradicional de parto nas aldeias é melhor sem intervenção profissional. Já as jovens aborígenes relataram sentir-se incomodadascom o parto em casa, mas expressaram insatisfação com o apoio recebido no hospital (MOLITERNO *et al*., 2013).

Conforme apontado por Ferreira (2013), os índios explicam naturalmente o fato de o parto ser agachado em casa. Atualmente, os relatos desse tipo de parto são limitados a mulheres mais velhas, indicando que está frequentemente associado à fertilidade. Isso indica que o parto agachado era comum nos tempos antigos em todas as culturas aborígenes. É um momento para as mulheres e suas famílias e é até considerado um momento sagrado. Na gravidez, parto e pós-parto as práticas de autocuidado começam assim que a gestação é confirmada e incluem massagens, dieta, aconselhamento comportamental, banhos terapêuticos e cuidados pré-natal (SCOPEL; SCOPEL; LANGDON, 2017).

Ferreira (2013), afirma que nas culturas indígenas do Brasil, o parto domiciliar inclui regras alimentares com aspectos ambientais como banhos, chá, frio, vento, penumbra, silêncio, rituais específicos relacionados à placenta, parto Descreve-o como sendo declarado para proporcionar o conforto da posição e proteção. saúde e bem-estar das mulheres porque estão dispostas a abandonar seus hábitos para enfrentar situações ameaçadoras.

O desrespeito e o abuso estão associados à sua normalização (no nível individual e comunitário), falta de autonomia e empoderamento das mulheres indígenas, falta de pré-natal, preconceito (no nível clínico) e falta de linguagem ou comunicação cultural. à falta de respeito dos povos indígenas, compreensão cultural, treinamento cultural e de saúde, esgotamento e baixo moral, infraestrutura inadequada (no nível da unidade), espaço e recursoshumanos e falta de políticas claras (no nível do sistema nacional) e o respeito à maternidade são fatores que dificultam a assistência em saúde às indígenas gestantes (GLEASON *et al*., 2022).

Para Silva *et al*. (2015), no contexto da mulher indígena na atenção à saúde, é preciso compreender suas características culturais, barreiras para chegar aos postos de saúde e oferecer educação em saúde e políticas de prevenção e promoção da saúde, diz que sim. As mulheres têm uma compreensão satisfatória e de qualidade.

O parto físico é repleto de práticas e rituais de autocuidado e cuidado hospitalar, apresentando um modelo híbrido de assistência. Durante o período pós-parto, é costume que o repouso por 30 dias, além da delegação de tarefas domésticas a parentes e companheiros e rituais que incluem horários definidos para o retorno às atividades, assim como dos cuidados com a higiene pessoal. (SILVA, 2014).

Feyer *et al.* (2013), o parto domiciliar não só enfatiza que deve fazer parte do ciclo de vida da família, mas também inclui a afirmação de outras ideias ideológicas igualmente importantes, como a valorização das cerimônias de enfermagem. é uma prática simbólica destinada a ajudar a lidar com o 'novo' e reduzir a incerteza ao facilitar as transições entre as posições e status de mães e recém-nascidos no momento do nascimento.

A enfermagem está diretamente relacionada ao cuidado dessas gestantes desde o pré- natal ao pós-natal. Acompanhamento por enfermeiros, pesquisas e intervenções ativas para evitar que as mulheres indígenas acessem os serviços de saúde, identidade cultural, compreensão das barreiras de acesso aos serviços de saúde, identificação de possíveis fatores de risco e Você precisa saber se prevenir com sua equipe. O planejamento e a implementação de contramedidas são direcionados a esse grupo populacional. Ela está ciente dos fatores de risco que podem contribuir para esse pré-natal inseguro e os reconhece para tomar decisões decuidados profissionais ou consultar outros profissionais de saúde, como médicos, psicólogos e nutricionistas (OLIVEIRA, 2022).

Para Guimarães (2010), os profissionais de saúde indígena devem saber identificar possíveis fatores de risco, atuar preventivamente e trabalhar com as equipes de saúde para atingir esse grupo populacional. Ter conhecimento e saber trabalhar com o cuidado tradicionalpara promover um melhor relacionamento com os povos indígenas, fortalecer a cultura e preservar o conhecimento.

É responsabilidade do acompanhante tornar o momento do trabalho de parto mais confortável, e os cumprimentos fazem parte dessa função, principalmente no contexto do atendimento a primíparas e gravidez na adolescência (SILVA; MENDES; MONTEIRO, 2020).

Nesse contexto Oliveira (2022), defende que o cuidado está diretamente ligado ao pré- natal e pós-natal dessas gestantes, e que promoção, prevenção e cuidado atuam de forma participativa dentro de um quadro coeso, além de uma assistência holística e humanizada pois as gestantes indígenas que precisam de um olhar diferenciado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As indígenas mais velhas acreditam que o método tradicional de parto nas aldeias é melhor sem que ocorra qualquer intervenção profissional, porém as mais jovens sentem-se de certa forma incomodadas com o parto em casa, mas também expressaram insatisfação com a assistência hospitalar, ademais a disponibilidade e o acesso à saúde destinado a essa população são inadequados, principalmente no que cerne as áreas remotas dos centros metropolitanos, onde se vislumbra a escassez de profissionais qualificados e as condições variadas nas fronteiras da Amazônia, onerando em insegurança na assistência em saúde.

Entende-se que a promoção de assistência em saúde da mulher indígena, enfatizando a necessidade de ações voltadas para as violações sofridas por esse público, atentando para as demandas do próprio grupo proporciona um engajamento mais fortificado no acompanhamento das políticas para mulheres indígenas pelos DSEIs (Distrito Sanitário Indígena).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas traz propostas para a estruturação de um modelo diferenciado de assistência à saúde, tendo como base a estratégia de execução pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas os direitos preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Assim, sugere-se que políticas públicas sejam aplicadas e monitoradas de forma eficiente para a expansão desse serviço essencial da enfermagem para os povos originários do Brasil.

REFERÊNCIAS

[1] ABRITTA, M. L. R. et al. Saúde das mulheres indígenas na América Latina: revisãointegrativa. **Revista Brasileira de Saúde** Funcional, v 9, n 1, p: 164-177, 2021.

[2] BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A. C.; NASCIMENTO, W. F.. A atenção à saúde dos povosindígenas do Brasil: das missões ao subsistema. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p:. 29-39, 2014.

[3] BEZERRA, D. O. et al. Assistência ao parto em mulheres indígenas de Pernambuco, 2008 a 2015. **UFPE.** 2017.

[4] BEZERRA, M. L. S, O perfil das mulheres que optam por partos domiciliares na aldeia Brejinho no município de Marcação. **USP**, 2015.

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacionalde Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as mulheres PNPM**. Brasília, 2015. Disponível em https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por- temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em:30/05/2022.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm Acesso em: 30/05/2022.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.** 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 30/05/2022.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde**. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004- 2006/2005/Lei/L11108.htm Acesso em: 20/09/2022.

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré -Natal.** Secretaria de Políticas de Saúde, Manual Técnico, 3ª edição. 2000; 66p. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em: 20/09/2022.

[10] BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, M. L.; PONTES (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Coleção Educação para Todos. MEC-SECADI, 2012.

[11] BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. **Política Nacionalde Atenção a Saúde dos Povos Indígenas.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf Acesso em: 30/05/2022.

[12] COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária àSaúde Módulo 1: Saúde da Mulher. Brasil, 2021. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a- saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf Acesso em: 30/05/2022.

[13] COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R.V.; WELCH, J. R. et al.. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**, v 13, n 52, p: 1-19, 2013.

[14] FERREIRA L. O. Saúde e Relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 18, n 4, p:1151-1159, 2013.

[15] FEYER, I. S. S.; MONTICELLI, M.; BOEHS, A. E.; SANTOS, E. K. A. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Rev Bras Enferm,** v 66, n 6, p:879–86, 2013.

[16] FUNASA. Fundação Nacional de Saúde**. Relatório Final da Oficina de Lideranças de Mulheres Índias sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Índia.** Brasília: Funasa, MS; 2005.

[17] GARNELO, L. et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada ás mulheres indígenas no Brasil: achados do primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos povos Indígenas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

[18] GLEASON, E. G. et al. Perspectivas multissetoriais sobre os maus-tratos de mulheres indígenas durante o parto na Colômbia: condutores e pontos de intervenção. **BMC gravidez eparto**, v. 22, n. 1, pág. 1-13, 2022.

[19] GUIMARÃES, N. M. et al. Partos no sistema único de saúde (sus) brasileiro: prevalência e perfil das partutientes. **Brazilian Journal Of Development**, v.7, n. 2, p. 11942-11958, 2021.

[20] GUIMARÃES, V. L. B. et al. A qualidade da atenção à saúde indígena no Brasil. FIOCRUZ, 2010.

[21] GUTKE, A. et al. Tratamentos para dor lombopélvica relacionada à gravidez: uma revisão sistemática das modalidades de fisioterapia. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 94, n. 11, pág.1156-1167, 2015.

[22] LIMA, C. M. A. et al. Iniciação sexual, gestação, parto e puerpério em comunidades indígenas do Brasil: uma breve revisão integrativa. **Rev. Saúde Pública Mato Grosso do Sul (Online)**, p. 86-101, 2018.

[23] MALDONADO, M. T. P.. **Psicologia da Gravidez.** Petrópolis: Vozes**.** 1997.

[24] MOLITERNO, A. C. M. et al. The pregnancy and delivery process among Kaingang women. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 293-301, 2013.

[25] OLIVEIRA, E. S. et al. O Cuidado prestado pela equipe de enfermagem as gestantes indígenas: uma revisão bibliográfica da literatura. **HU-UFGD.** 2022.

[26] OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso** – [online]. OPAS, 2021.Disponível em https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam- aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso. Acesso em: 30/05/2022.

[27] SANTOS, C. A. M. R. Terra e autodeterminação: o usufruto indígena na Constituição de 1988. UnB, 2017.

[28] SCOPEL, R. D.; SCOPEL, D.; LANGDON, E. J. Gestação, Parto e Pós-parto entre os Munduruku do

Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e as práticas indígenas de autoatenção. **Fiocuz**, 2017.

[29] SILVA, A. C.; MENDES, L. M. C.; MONTEIRO, R. S. et al. Parto e nascimento na fronteira franco-brasileira: percepções de enfermeiros. **Cogitare enferm**., v 25, 2020.

[30] SILVA, H. B.; DIAZ, C. M. G.; DA SILVA, Kauana Flores. A cultura e a saúde da mulher indígena: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n 4, pág. 3175-3184, 2015.

[31] SILVA, L. S. Práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá.**UFBA**, 2014.

[32] VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKY, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, v 14, n 41, pp. 165-189, 2014

CAPÍTULO

24

Visão holística da enfermagem no cuidado à criança com diabetes

Singlesson Andrade Barbosa[1], Tamires Vasconcelos Andrade[2], Graciana de Sousa Lopes[3]

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crônicas mais comuns no Brasil e no mundo, cujo tratamento e controle exigem alterações do comportamento do portador em relação a diferentes aspectos, tais como: à dieta, à administração de medicamentos e ao estilo de vida (MACIEL et al., 2018).

O diabetes mellitus (DM) é considerado uma doença grave, crônica e de evolução lenta e progressiva. O paciente precisa de uma assistência adequada que permita prevenir ou retardar complicações agudas e crônicas da doença. Para que isso aconteça, deve haver uma relação harmoniosa e duradoura entre crianças, adolescentes, suas famílias e profissionais de saúde para alcançar um equilíbrio indivíduos biológicos, psicológicos e sociais.

Conforme o Ministério da Saúde (2021), a Diabetes Mellitus caracteriza-se por hiperglicemia crônica, com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Logo, estima-se que a população mundial com diabetes seja de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035 (SDB, 2018).

Alguns fatores que colaboram para esses índices são o aumento da obesidade, do sedentarismo e fatores genéticos. Contudo, maior parte das recorrências ocorrem em adultos, todavia, a temática será referenciada à criança portadora de DM, visto que, o número de casos de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tem aumentado em muitos países, inclusive no Brasil (BATISTA et al., 2020).

Nesse contexto, vale destacar que, a ocorrência da diabetes em crianças é mais restrita a DM tipo 1, pois suas manifestações iniciais tendem a ser bem características, obtendo o diagnóstico mais cedo (IDF, 2019). Assim, quando a criança se encontra na condição de portador de DM, seu comportamento necessita ser modificado, tendo o seu cotidiano alterado, com limitações físicas provenientes da doença, podendo ser frequentemente submetida a hospitalizações. Portanto, o profissional de enfermagem é o que mais convive com as crianças diabéticas cuidando e desenvolvendo algumas atividades “educativas” (PENNAFORTB, 2019).

Partindo dessa premissa, têm-se a seguinte indagação: “Qual o papel da enfermagem no cuidado holístico à criança com Diabetes?”

Além das demandas impostas pela doença, a criança com DM1 também deve lidar com as mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais típicas dessa fase do ciclo vital. Logo, precisam criar a responsabilidade pelo autocuidado da doença, todavia,

[1] Acadêmico de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: singllesson@gmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: andrade.tamires4@gmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. E-mail: gracilopess@hotmail.com

considerando que o tratamento da DM não consegue ser efetivado estritamente pela criança, o enfermeiro para a ser o cuidador e orientador desse individuo para com os cuidados pessoais e a gravidade da doença.

A temática justifica-se da necessidade social de se compreender que o Diabetes Mellitus se trata de uma doença crônica que vem crescendo a cada dia e, por muitas vezes seus portadores não possuem conhecimento do seu alto poder incapacitante. Logo, é necessário a disseminação de informações a respeito dos cuidados do Diabetes Mellitus e suas complicações, para que então, a prevenção e o adequado cuidado possam resultar em uma boa qualidade de vida, principalmente para as crianças que fazem uso contínuo da insulina.

Logo, o presente estudo tem como objetivo discutir o papel da enfermagem na assistência as crianças portadoras de Diabetes Mellitus. E como objetivos específicos, descrever os desafios relacionados ao tratamento da diabetes em crianças e; discutir sobre a assistência de enfermagem no cuidado a criança com diabetes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. PANORAMA DE DIABETES MELLITUS NO BRASIL E NO MUNDO

Nas últimas décadas, a incidência de diabetes mellitus vem aumentando em várias partes do mundo, com isso, de acordo com o EU- RODIAB Collaborative Group (2020) houve um levantamento de 16.362 casos registrados por 44 centros europeus e verificou-se que houve um aumento em todas as faixas etárias, mas constatou-se que o índice mais elevado foi em crianças pré-escolares: 6,3% para crianças entre 0 e 4 anos; 3,1% para 5 a 9 anos, e 2,4% para 10 a 14 anos. Outros autores também reforçam a importância do aumento de incidência de DM, sendo mais acentuado nas crianças mais novas.

O diabetes mellitus (DM) é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais comuns em todo o mundo sendo a quarta principal causa de morte (DUNCAN et al., 2017). No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2019) através da pesquisa Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônica (2019), 7,4% da população tem diabetes. Ainda conforme o MS, no período de 13 anos, entre 2006 e 2019, houve a prevalência de diabetes, que passou de 5,5% para 7,4%.

2.2. DIABETES MELLITUS (DM)

O Diabetes Mellitus (DM) é uma união de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia, decorrente de defeitos na secreção ou ação da insulina que acarreta processos patogênicos específicos, como a destruição das células beta do pâncreas, a resistência à ação da insulina e os distúrbios da secreção da insulina (SBD, 2018).

O diabetes é dividido em tipo 1A, tipo 1B, tipo 2, diabetes gestacional. e outros tipos específicos. Segundo a associação Brasileira de diabetes (2016), o diabetes tipo 2 é o tipo de diabetes mais comum, correspondendo a 90-95 % dos casos e compreende a aparecer principalmente em adultos porque é um distúrbio causado pela produção insuficiente ou resistência à ação da insulina. As principais causas desse tipo de DM estão relacionadas à obesidade e ao sedentarismo.

Existem outros tipos menos usuais de diabetes, como um defeito gênico nas células beta, ação da insulina do pâncreas, insuficiência endócrina, infecção, diabetes induzida por

produtos químicos ou outras síndromes genéticas (LIMA et al., 2010).

A fisiopatologia do diabetes mellitus envolve diversos controles patogênicos, incluindo resistência à insulina, deficiência de insulina e disfunção das células β pancreáticas (FID, 2019). A resistência à insulina é um processo chave na patogênese do diabetes tipo 2, que ocorre quando as células dos tecidos periféricos, como músculo esquelético, fígado e tecido adiposo, não respondem à insulina. Isso leva a uma diminuição da captação de glicose pelos tecidos periféricos, levando a um aumento da glicemia e tem como fatores a obesidade, inflamação crônica e disfunção do tecido adiposo. Além disso, a deficiência de insulina é uma característica do diabetes tipo 1, na qual ocorre a destruição autoimune das células β pancreáticas, isso leva à redução da produção de insulina e aumento da glicemia. A disfunção das células α pancreáticas, que secretam o hormônio glucagon, também contribui para a hiperglicemia na diabetes tipo 2 (AAD, 2022).

Contudo, a Federação Internacional de Diabetes (2019), afirma que, a destruição das células β pancreáticas é o principal mecanismo responsável pela deficiência absoluta de insulina na diabetes tipo 1, pois ocorre como resultado de uma resposta autoimune desencadeada por fatores ambientais em indivíduos geneticamente. Tal resposta leva à produção de autoanticorpos que atacam as células β pancreáticas, causando sua destruição.

O DM causa uma redução acentuada na esperança e na qualidade de vida de seus portadores e pode causar alterações no organismo que podem ser classificadas como agudas ou crônicas. O tratamento do DM visa a manutenção do controle glicêmico e metabólico, sendo fundamental a fidelidade do paciente ao DM para o controle das complicações associadas. O paciente com DM deve ser orientado a seguir tanto a prescrição medicamentosa quanto as mudanças no estilo de vida, que incluem seguir uma dieta específica e praticar atividade física. (BERTONHI; DIAS, 2018).

2.3. ASPECTOS RELACIONADOS A DIABETES INFANTIL

A diabetes juvenil, também conhecida como diabetes tipo 1, é uma doença autoimune que afeta crianças e adolescentes. e é caracterizada pela desolação das células beta pancreáticas que enviam insulina (AAD, 2022). Conforme DANNE et al., (2021), a patogênese do diabetes tipo 1 envolve uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais, incluindo a exposição a vírus e outros agentes infecciosos.

Segundo Clements et al (2022), a diagnose de DM ocasiona diversas mudanças na vida da criança E os familiares têm que se adaptar a essas mudanças. Isso inclui a administração de insulina. nutrição adequada e exercícios práticos. Embora o DM1 seja menos comum que o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), a incidência dessa doença está aumentando cerca de 3 % ao ano, especialmente em crianças. A glicemia e a medicação tornaram-se frustrantes porque as agulhas utilizadas em ambos os procedimentos provocar medo, dor, trauma e incerteza (SBD, 2019).

No caso de crianças com diabetes, o cuidado é de inteira responsabilidade da família até que a criança tenha consciência do autocuidado. Isso requer um aprendizado diário sobre a doença e as limitações que devem ter para alcançar o estágio de autoaceitação. Além da família o apoio de uma equipe multidisciplinar de saúde é de extrema importância e contribui para a fase de autocuidado (FRAGOSO et al., 2019; VENANCIO et al., 2017).

Para crianças com DM, o apoio dos amigos facilita a convivência com a doença na vida de ambos, o que contribui para a realização do automanejo. É com base no pressuposto que os amigos são elementos centrais na socialização da criança, seja ela saudável ou com uma doença crônica (KARLSSON; ARMAN; WIKBLAD, 2018).

3. METODOLOGIA

O estudo foi traçado por meio de uma revisão bibliográfica que optou pelo método da Revisão integrada (IRL). A Revisão Integrativa é um método de pesquisa que tem sido apontado como uma ferramenta de grande relevância na área da saúde pois possibilita a busca, avaliação crítica e síntese de evidências sobre um tema de pesquisa. Esses aspectos facilitam a identificação de descobertas e lacunas relevantes que orientam o desenvolvimento de pesquisas futuras e ajudam os profissionais na escolha de comportamentos e tomadas de decisão, provendo insights críticos (WHITTEMORE, 2005).

Na pesquisa dos artigos e amostragem na literatura, foram incluídas produções científicas nacionais e internacionais (traduzidas para português) no período de 2017 a 2023 que se relacionaram ao tema e apresentaram coerência durante a pesquisa. Foram excluídas produções científicas que não se relacionaram ao tema e estiveram fora dos anos selecionados.

1ª fase: elaboração de pergunta através dos parâmetros encontrados, obtivemos a pergunta “Qual a visão holística da enfermagem no cuidado à criança com Diabetes?”

2ª fase: pesquisa dos artigos e amostragem na literatura, onde utilizamos como busca a Biblioteca Virtual em Saúde, com bases de dados: LILACS (Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Banco de dados em Enfermagem) e SCIELO (Scientifie Electronic Library Online), por meio da junção de três descritores: “Child” AND “Diabetes Mellitus” AND “Nursing”.

3ª fase: análise crítica dos resultados dos estudos, foi realizado uma leitura minuciosa dos artigos, com o objetivo de aproveitar as informações importantes com o intuito de objetivar análise, sendo aplicados os critérios de inclusão (artigos publicados entre 2018-2023 e que abordam a DM na infância) e os critérios de exclusão (artigos anteriores a 2017 e que abordam DM em adultos e idosos).

4ª fase: elaboração da tabela de resultados contendo: Título, Autor (es), Ano e Resultados.

5ª fase: discussão dos resultados foi realizada a comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos, onde a interpretação e a síntese dos resultados se tornaram fundamental para a busca do referencial teórico.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando os três DeCS: “Child” AND “Diabetes Mellitus” AND “Nursing”, foram encontrados 107 artigos na totalidade nas bases de dados. A adição de critérios de inclusão e exclusão reduziu esse número para 42. Após análise das pesquisas, foram selecionadas 15 publicações para compor esta pesquisa.

Para melhor organização das publicações presentes/selecionadas para compor está RIL, será apresentada uma síntese conforme autor(es), ano, título, bases e resultados, contribuindo para o processo de análise e interpretação das publicações presentes nesta

revisão.

Quadro 1: Artigos selecionados para revisão.

Nº	AUTOR/ANO BASES DE DADOS	TÍTULO	RESULTADOS
1	GOMES, G.C. et al (2019) Scielo	Vivências do familiar frente ao diagnóstico de diabetes mellitus na criança/adolescente	Os familiares reconhecem sinais/sintomas, mas se confundem com outras doenças. O diagnóstico é feito em consultas regulares ou quando a situação se exacerbava. Os sentimentos comuns são culpa e medo. Primeiro, vem a negação, depois a busca pelo conhecimento sobre a doença.
2	DANTAS, I.R.O. et al. (2020) Scielo	Modelos explicativos da família de criança com diabetes mellitus tipo I	Os modelos explicativos identificados descrevem a busca das famílias pelo esclarecimento dos sinais e sintomas que a criança apresentava. Diante da doença, as famílias se reorganizaram para atender às novas necessidades de saúde das crianças.
3	TARGA, T.; PIMENTEL, R. R. DA S.; SCARDOELLI, M. G. DA C. (2017) Scielo	Diabetes Mellitus na infância e adolescência: repercussões no cotidiano dos familiares	Foi observado que o diabetes mellitus na infância e adolescência exerce uma grande influência no cotidiano dos familiares, especialmente no que se refere às atividades de rotina, alimentação, lazer e relacionamentos sociais. Os cuidados com a glicemia e administração de insulina, além da necessidade de acompanhamento médico frequente, foram apontados como fatores que geraram grande preocupação e sobrecarga nos familiares.
4	FREITAS K.K.A. et al. (2020) LILACS	Autorelato da criança e adolescente no seu cotidiano com diabetes mellitus: estudo narrativo	O diabetes mellitus tipo 1 gera mudanças nos contextos familiar, social e de estilo de vida, tendo assim um grande impacto psicológico em crianças e adolescentes. O processo de aceitação era demorado o que prejudicava a adesão ao tratamento.
5	AGUIAR, G.B. et al (2021) LILACS	A criança com diabetes Mellitus Tipo 1: a vivência do adoecimento	Além dos desafios enfrentados, há uma preocupação com a possibilidade de complicações futuras da doença. Os familiares relataram sobrecarga emocional e financeira decorrente do cuidado da criança principalmente relacionado ao adquirir as insulinas, mas também destacaram a importância do apoio e acompanhamento da equipe de saúde.
6	OLIVEIRA, Stella Minasi de et al. (2018) Scielo	Contextos de cuidado à criança/adolescente com Diabetes Mellitus: uma abordagem socioambiental.	O DM1 mostra que a falta de apoio familiar e social, bem como as restrições financeiras, podem dificultar o acesso aos recursos necessários para o tratamento adequado, como adquirir a insulina. É importante haver uma abordagem socioambiental no cuidado, enfatizando que a abordagem pode contribuir para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, além de garantir a equidade no acesso aos recursos e serviços de saúde necessários.
7	CARVALHO, A. P. V.; et al. (2020) Scielo	Desafios no enfrentamento da diabetes mellitus tipo 1 em crianças e adolescentes: revisão de literatura	É possível compreender que nem sempre o diagnóstico da DM1 é facilmente aceito, tanto pela família quanto pelas crianças e adolescentes diagnosticados. Visto que eles enfrentam diversos desafios, como mudança de hábitos alimentares, aplicações diárias de insulina, questões biopsicoemocionais, dificuldades no autocuidado e enfrentamento de estereótipos.
8	MOURA, M.; NUNES, S.; MELO, T. (2020) LILACS	Novas rotinas e estilo de vida de crianças e adolescentes diagnosticados com diabetes mellitus	Os resultados mostraram que a maioria dos participantes teve dificuldade em lidar com as mudanças necessárias para o controle do DM1, como a monitorização da glicemia capilar e administração de insulina. No entanto, eles informaram que, com o tempo, conseguiram se adaptar e incorporar essas práticas em suas rotinas.

4.1. OS DESAFIOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO DA DIABETES EM CRIANÇAS

Segundo Gomes et al., (2019) e Dantas et al., (2020), o primeiro desafio é na identificação dos sinais/sintomas pelos pais e/ou responsáveis que podem ser confundidos com outras patologias, mas mesmo que suspeitem, os sentimentos usuais são culpa e medo, de não saber como agir diante do novo panorama de saúde da criança com DM1. Portanto, é normal que haja primeiro uma negação e depois uma busca por esclarecimentos sobre a doença.

Vargas et al., (2020), relata que a confirmação da patologia culminava em um impacto emocional nos pais. O processo de aceitação foi demorado e variou de acordo com o emocional de cada família, e que ao receber a confirmação do diagnóstico em uma unidade de saúde proporcionou a alguns pacientes um alívio e segurança por ver que teriam recursos terapêuticos.

Um dos desafios destacados por Freitas et al. (2020), é a falta de adesão ao tratamento por parte da criança e da família devido as mudanças nos hábitos da criança e a aplicação da insulina. Targa et al., (2017), aponta que devido ao tratamento, haverá mudanças no estilo de vida, como a adoção de uma dieta saudável, a prática de atividade física e a administração de insulina. No entanto, a resistência à mudança pode ser um obstáculo significativo, especialmente em famílias com baixa renda e baixo nível educacional.

Fragoso et al. (2019), demonstrou que o desafio da mudança e limitações tais como: não poder comer doces, ter uma alimentação regrada, ter que aprender a se auto cuidar, é necessário para que ela possua uma qualidade de vida, mas para alguns foi difícil em razão da situação financeira. A maior barreira é a insulinoterapia, pois teriam que desenvolver habilidades para aplicação da insulina, mas sempre com apoio de um familiar, além de conhecer sinais/sintomas das crises glicêmicas como: cansaço, polidipsia, polaciúria, entre outros, para que possam compreender os horários ideais para aplicação da insulina.

Aguiar et al., (2021) e Oliveira et al., (2018), relatam os desafios do acesso em equidade para todas as crianças com DM1, que vai desde a situação financeira a emocional. A falta de programas de educação em diabetes específicos para crianças e a falta de acesso a esses programas podem ser desafios significativos, visto que esses poderiam viabilizar o acesso a todos. Outro ponto se trata da monitorização contínua da glicemia que permite a criança e sua família que ajustem o tratamento, ajudando a prevenir complicações, no entanto, a monitorização contínua da glicemia pode ser de alto custo.

Nessa circunstância a SBD (2019), informa que além de ser uma grande carga financeira para os pacientes e familiares, o gasto com insulina, antidiabéticos e outros medicamentos têm enorme impacto na economia do país. A busca de novas tecnologias para a monitorização pode tornar-se financeiramente proveitoso para todos. Enquanto isso, as famílias, a criança e a equipe multidisciplinar devem-se estimular a desenvolver estratégias para o enfrentamento e a equipe assistencial pode elaborar iniciativas de educação continuada.

Nesse ensejo das dificuldades enfrentadas, Carvalho et al. (2020) e Moura et al., (2020), discutem a importância do suporte social para as crianças com diabetes. Já que, o suporte social pode ajudar as crianças e suas famílias a lidar com os desafios associados à doença, como o estigma, o isolamento social e o medo de hipoglicemia. No entanto, a falta de suporte social pode ser um desafio significativo para algumas crianças com diabete.

O estudo realizado por Pennafort et al., (2016), mostrou a importância de se construir laços e/ou relação com outras pessoas que enfrentam a mesma condição e isso ajudou nas decisões e situações de angústia e alegrias, na necessidade financeira e no manejo na patologia. A fé e o apoio emocional fortaleceram a esperança em meio ao sofrimento, proporcionado sentimentos de alegria, otimismo, coragem etc. E durante todo o processo é vital a participação do enfermeiro e de uma equipe multidisciplinar para acompanhar essa criança, pois há necessidade de orientações de cuidados a criança e aos seus familiares.

4.2. A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A CRIANÇA COM DIABETES MELLITUS

Cotrim et al. (2020) e Nobre et al. (2019), afirmam que os enfermeiros realizam não somente a educação do paciente, mas de todo o grupo envolvido com a criança com DM1 e com isso precisam evoluir continuamente para conduzir sua prática e promover uma assistência segura e de qualidade aos pacientes, além de ajudar a aumentar as informações, os enfermeiros também desempenham um papel vital na facilitação de cuidados e orientações.

Pereira e Pereira (2022), discutem que a equipe de enfermagem não é só apontada por cuidar e criar meios para suavizar o atendimento, mas é visto como detentor de conhecimento para levar as famílias informações, tirar dúvidas e auxiliar os cuidadores no tratamento.

Machado et al., (2021) e Piccoli et al., (2022), enfatizam que o cuidado de pacientes com DM deve ser baseado nas melhores práticas na mitigação de eventos adversos. De modo que, o fácil acesso dos profissionais de enfermagem pode proporcionar um atendimento mais seguro e ágil na busca de informações, além de poder conhecer os sentimentos das crianças em relação a DM, visando estratégias para promoção da qualidade de vida e da proposta de uma vida normal, com os devidos cuidados.

Nessa mesma perspectiva Baumgratz et al., (2021), enfatiza que equipe de enfermagem deve compreender as alterações, para que possam realizar um atendimento eficaz. O enfermeiro precisa tornar-se um aliado no processo do cuidar, acompanhando as mudanças, ensinando o autocuidado e o autoconhecimento quanto a patologia.

Wolkers et al., (2019), evidenciou o sofrimento e desafios quanto a assistência, pouca comunicação, a falta de amparo as famílias, o acesso frágil e sem resolutividade. Em contrapartida Miranda et al., (2021), apresentou que os atendimentos foram adequados em quase todos os pontos, apontando somente a comunicação como ponto de melhoria.

Para Hermes et al., (2018), a qualificação do atendimento dependerá da identificação dos problemas, que pode se dá por meio de entrevista com as crianças, pais e/ou responsáveis, amigos e outros, visando a descoberta de um plano de cuidado singular. Deverá ser adotado medidas que possam contribuir para se estabelecer prioridades, maneiras de definir a complexidade do atendimento visando reduzir os riscos de complicações e promover a melhora na qualidade de vida.

Para Araújo et al., (2022), a enfermagem tem como papel importante acolher essa criança e seus responsáveis para um cuidado integral, centrado no paciente, considerando suas necessidades individuais e promovendo a autonomia e o empoderamento desses pacientes em relação ao seu autocuidado.

Logo, a visão holística da enfermagem é fundamental no cuidado à criança com diabetes, nesse contexto, a enfermagem exerce um papel fundamental na sistematização da assistência de enfermagem, garantindo uma abordagem ampla, individualizada e personalizada para cada criança, levando em consideração suas necessidades específicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste estudo, concluiu-se que a diabetes tem muitas consequências na vida das crianças com a doença e das suas famílias. Logo, os profissionais de enfermagem contribuem no processo de cuidado com crianças portadoras de Diabetes Mellitus, caminhando ao lado das famílias para orientar, oferecer assistência, tranquilizar ou introduzir estratégias e procedimentos de autocuidado. Além disso, a visão holística da enfermagem também promove a educação em saúde e a autonomia da criança, incentivando sua participação ativa no cuidado e no controle da doença.

Nota-se que, apesar da existência de estudos sobre este tema, há necessidade de fortalecer o debate sobre o diabetes em crianças, considerando que muitas delas são portadoras e que a capacitação dos profissionais de saúde é fundamental para tratar e evitar maiores complicações, contribuindo com a qualidade de vida e permitindo que as crianças vivam um contexto social de bem estar.

REFERÊNCIAS

[1] AGUIAR, G.B.; MACHADO, M.E.D.; SILVA, L.F.; AGUIAR, R.C.B.; CHRISTOFFEL, M.M. **Children with type 1 diabetes mellitus: the experience of disease.** Rev Esc Enferm USP, v.55, e03725, 2021.

[2] AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Padrões de Cuidados Médicos em Diabetes-2022.** Cuidados com o Diabetes, v.45, Supl 1, v.S1-S250, 2022.

[3] ARAÚJO, J. I. X. DE; MELO, Y. S. T. DE; FARIAS, J. R. T. DE; ANDRADE, D. V. DE; PIRES, E. T.; SIMÃO, G. M. **A importância do enfermeiro(a) na prestação autocuidado aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1: uma revisão de literatura.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 4, p. e9978, 4 abr. 2022.

[4] BATISTA AFMB, et al. **Gestão do Diabetes Tipo 1: necessidades de autocuidado apoiado na transição para adolescência.** Saúde e pesqui.(Impr.), 2020; 13(2): 363-375.

[5] BAUMGRATZ, C. O et al. **Contribuições Da Enfermagem No Contexto De Familiares De Adolescentes Com Diabetes Mellitus Tipo 1: Revisão De Literatura.** Livro Teoria E Prática De Enfermagem: Da Atenção Básica À Alta Complexidade - Volume 2. DOI10.37885/210203219

[6] BERTONHI, L. G.; DIAS, J. C. R. **Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica.** Revista Ciências Nutricionais Online, v.2, n.2, p.1-10, 2018.

[7] BRASIL. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

[8] CARVALHO, A. P. V. et al. **Desafios no enfrentamento da diabetes mellitus tipo 1 em crianças e adolescentes: revisão de literatura.** Revista JRG de Estudos Acadêmicos v. 5 n. 11 (2022). DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.7382427

[9] CLEMENTS, M.A.; FOSTER, N.C.; MAAHS, D.M. **Diabetes em crianças e adolescentes: secreção endógena de insulina e sua relação com autoimunidade e função das células beta**. Pediatra Diabetes, v.23, Supl 27, p.28-33, 2022.

[10] COTRIM, Luciana Gomes. **O papel do enfermeiro na continuidade do cuidado da criança com Diabetes Mellitus tipo I: uma revisão integrativa**. 2020. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, 2020.

[11] DANNE, T.; PHILLIP, M.; BUCKINGHAM, B.A.; et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2021: **Tratamento com insulina em crianças e adolescentes com diabetes.** Pediatra Diabetes**,** v.22, Supl 28, p.25-52, 2021.

[12] DANTAS I., NERIS R., ZAGO MMF., SANTOS MA., NASCIMENTO, LC. **Explanatory models of families of children with type 1 diabetes mellitus.** Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20180975. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0975

[13] DUNCAN, B. B. **The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil and its states: findings from the Global Burden of Disease Study** 2015.Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 90-101, 2017.

[14] EURODIAB ACE STUDY GROUP: **variation and trends in incidence of childhood diabetes in europe.** lancet. 2020.

[15] FRAGOSO, L. V. C.; CUNHA, M. S. O.; FRAGOSO, E. B.; ARAÚJO, M. F. M. **Self-Care Among Type 1 Diabetes Mellitus Bearing People: Adolescents' Experience.** Rev. Pesqui. Cuid. e Fundam.,2019.

[16] FREITAS, K. K. A. et al. **Autorelato da criança e adolescente no seu cotidiano com a diabetes mellitus: estudo narrativo.** Rev. Enfermagem em Foco v. 11, n. 3 (2020) DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.2730

[17] GOMES, G.C.; MOREIRA, M.A.J.; SILVA, C.D.; MOTA, M.S.; NOBRE, C.M.G.; RODRIGUES, E.F. **Vivências do familiar frente ao diagnóstico de diabete mellitus na criança/adolescente.** J. nurs. Health, v.9, n.1, e199108, 2019.

[18] HERMES, T. S. V., Viera, C. S., Rodrigues, R. M., Toso, B. R. G. de O., & Fonseca, L. M. M.. (2018). **Criança diabética do tipo 1 e o convívio familiar: repercussões no manejo da doença.** Saúde Em Debate, 42(119), 927–939. https://doi.org/10.1590/0103-1104201811911

[19] IDF. **IDF Diabetes Atlas**. 9ª ed. Bruxelas, Bélgica: Federação Internacional de Diabetes; 2019 . IDF 2015, p. 50-89

[20] IDF. **IDF Diabetes Atlas**. 10ª ed,. Disponível em: https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/. Acessado em: 15 de abril de 2023.

[21] KARLSSON, A.; ARMAN, M.; WIKBLAD, K. **Teenagers with Type 1 Diabetes – a phenomenological study of the transition towards autonomy in self management.** Int J Nurs Stud. 2018

[22] LIMA, C. T. **Diabetes e suas comorbidades no Programa de Saúde da Família Vila Davi em Bragança Paulista**, SP. Rev. Bras. Clin. Med., Bragança Paulista, v. 8, n. 4, p. 316-319, 2010.

[23] MACHADO, T.R. et al. **A criança portadora de diabetes tipo 1: Implicações para enfermagem.** Revista Pró-UniverSUS, v. 12 n. 2 (2021).

[24] MACIEL, C. L et al. **Impacto Do Diabetes Tipo 1 E 2 Na Qualidade De Vida Do Portador.** Revista Saúde em Foco – Edição nº 10 – Ano: 2018

[25] MIRANDA, A.R.; DURANN, H.S.; LIMA, K.C.S.; CASTRO, O.V.; SANTOS, S.L. MOTA, W.A. **Assistência de enfermagem a crianças com Diabetes Mellitus tipo I.** Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v.3, n.02, 2021.

[26] MOURA, M.; NUNES, S.; MELO, T. **Novas rotinas e estilo de vida de crianças e adolescentes diagnosticados com diabetes mellitus**. Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos – Uniceplac. Gama, 2020.

[27] NOBRE, C.M.G.; COSTA, A.R.; MINASI, A.S. ET AL. **Cuidado à criança e ao adolescente com diabetes mellitus tipo 1.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 13(1):111-7, jan., 2019.

[28] OLIVEIRA, Stella Minasi de et al. **Contextos de cuidado à criança/adolescente com Diabetes Mellitus: uma abordagem socioambiental.** Aquichan **,** Bogotá, v. 18, n. 1, pág. 69-79, janeiro de 2018.

[29] PENNAFORT, V. P. dos S., Queiroz, M. V. O., Nascimento, L. C., & Guedes, M. V. C . (2016). **Rede e apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes.** Revista Brasileira De Enfermagem, 69(5), 912–919. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0085

[30] PEREIRA, L. C; PEREIRA, E. de F**. The nurse's role in the care of Diabetes mellitus I in the juvenile phase.** Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 14, p. e465111436766, 2022.

[31] PICCOLI, C.; TRINDADE, C.S.; CANABARRO, S.T. **Aplicativo móvel para qualificar o cuidado assistencial da enfermagem aos pacientes com Diabetes mellitus tipo 1.** Research, Society and Development, v. 11, n. 1, e17411124477, 2022.

[32] SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016.** São Paulo, Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016. 348p.

[33] SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018.** São Paulo, Sociedade Brasileira de Diabetes, 2018. 383p.

[34] SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** São Paulo, Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020. 491p.

[35] TARGA, T.; PIMENTEL, R. R. DA S.; SCARDOELLI, M. G. DA C. **Diabetes Mellitus na infância e adolescência: repercussões no cotidiano dos familiares / Diabetes mellitus in children and adolescents: repercussions in daily life of families. Ciência, Cuidado e Saúde,** v. 16, n. 1, 26 jun. 2017.

[36] VARGAS, Deisi Maria et al,. **Um olhar psicanalítico sobre crianças e adolescentes com diabetes Mellitus tipo 1 e seus familiares.** Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande , v. 12, n. 1, p. 87-100, mar. 2020

[37] VENANCIO, J. M. P.; BANCA, R. O.; RIBEIRO, C. A. **Benefits of participation in a summer camp to self-care for children and adolescents with diabetes: the perception of mothers.** Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, 2017.

[38] WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. **The integrative review: update methodology**. **J Adv Nurs**, v.52, n.5, p.546-53, 2005.

[39] WOLKERS, P. C. B., Pina, J. C., Wernet, M., Furtado, M. C. de C., & Mello, D. F. de .. (2019). **CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1: VULNERABILITY, CARE AND ACCESS TO HEALTH.** Texto & Contexto - Enfermagem, 28, e20160566. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0566

CAPÍTULO

25 Os impactos da pandemia da Covid-19 sobre a emergência pediátrica

Ana Paula dos Santos Ribeiro[1], Fábio Luiz Calmont da Silva[2], Graciana de Sousa Lopes[3], Marcílio da Costa Carvalho[4]

1. INTRODUÇÃO

O corona virus (COVID-19) é uma doença infecciosa, que se espalhou rapidamente no mundo o que resultou uma pandemia que ceifou muitas vidas. Tem como principal agente etiológico a síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 (SARS-CoV-2), que causa infecções respiratórias, com sintomas equivalentes ao do resfriado comum, mas também, complicações principalmente em pacientes com comorbidades (SANTOS, 2020). O confinamento domiciliar que se seguiu, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das principais medidas de controlar a doença e impedir o surgimento de novos casos, levou a uma situação crítica em que a criança passou a ficar isolada dentro de casa, em maior tempo na companhia dos pais, porém com redução das interações sociais. A rotina das famílias foi bruscamente modificada (ARAÚJO, 2020).

A segregação domiciliar e o fechamento de creches e escolas contribuir para a mudança no número de internações infantis. e menores taxas de infeção entre crianças (CARVALHO, 2020).

O principal objetivo dos serviços de urgência e emergência é o manejo imediato de pacientes com risco de vida e problemas de saúde, de modo a estabilizar seu quadro clínico e, posteriormente, reabilitá-los, encaminhando-os para atendimento ambulatorial ou para serviço especializado da rede de saúde. Este serviço é responsável pela prestação de primeiros socorros visando a redução da morbimortalidade. Foi realizado ao longo do tempo(BARATIERI, et al., 2021).

A preparação para pandemia inclui uma série de medidas em salas de emergência e salas de emergência hospitalar. Essas medidas incluem mudanças estruturais. mudar os fluxos de atendimento desenvolvimento de protocolo clínico além do treinamento da equipe.Diante de uma nova doença, em um setor de urgência e emergência de um hospital universitário como o nosso, o estabelecimento de protocolos e treinamentos são de fundamental importância para disseminar conhecimentos e padronizar condutas (MEDEIROS, 2021).

Nesse contexto, os serviços de emergência pediátrica tornaram-se uma das principais causas de uso excessivo documentado de recursos médicos. Em particular, o fenómeno alvo caracteriza-se pelo recrutamento significante de utentes não urgentes sem necessidade de internamento ou tratamento de elevada complexidade técnica ou material,cujo diagnose e tratamento estariam sujeitos a orientação ao nível da Cuidados

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: aninharibeiro9617@gmail.com
[2] Acadêmico de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: fabiocalmont@gmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com
[4] Especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência do CEUNI-FAMETRO. Email: marcianocarvalho27@gmail.com

de Saúde Primários (CSP). (BERCHET, 2019).

Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar os impactos da pandemia da COVID-19 sobre a Emergência Pediátrica. Em consonância, foram traçados os seguintes objetivos específicos: discutir o impacto da pandemia no serviço de emergência pediátrica e descrever o itinerário terapêutico nas emergências pediátricas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. IMPACTOS RELACIONADOS A SÁUDE DA CRIANÇA

Para o Institute of Medicine (2021), existem várias justificativas para o atendimento de emergência pediátrica requerer mais tempo e atenção da equipe multiprofissional, pois o atendimento de emergência de adultos. Primeiramente, os profissionais de emergência devem responder ao medo e à ansiedade das crianças antes dos exames ou tratamento, oque tende a aumentar o tempo e o estresse envolvidos.

Da mesma forma, devem atender às necessidades dos pais, o que adiciona um elemento de complexidade. Em segundo lugar, os profissionais de saúde devem adaptar constantemente o exame ou procedimento em resposta ao nível de cooperação ou mudança de comportamento do paciente. E por fim, as emergências pediátricas podem exigir acompanhamento com vários indivíduos e organizações diferentes, incluindo escolas,creches e pais/responsáveis, o que resulta em maior gasto de tempo.

A particularidade do paciente pediátrico encontra-se principalmente na maior dificuldade de expressar suas angústias e sofrimentos durante sua internação, exigindo do profissional enfermeiro a compreensão e o acolhimento não só da criança adoentada, mas também de sua subjetividade na expressão A criança e sua família, ao procurar o serviço de emergência, necessitam de atenção especial devido às características psicobiológicas que caraterizam esse grupo populacional, que, em muitos casos, está sujeito às sobrecargas decorrentes de doenças de início na infância (LAGO, 2020).

No atendimento pediátrico, que inclui complexidade moderada e alta, além da cronicidade e gravitação dos casos os profissionais devem considerar a integração contínua de novos conhecimentos sobre doenças raras, limitações no crescimento e amadurecimento do paciente e uso de tecnologias de ponta (ARAÚJO, 2021).

Além disso, é importante valorizar o conhecimento do paciente pediátrico sobre seuprocesso de adoecimento, sobre as relações que vivencia durante sua hospitalização e sobre seu direito de se expressar, fornecendo subsídios para que o profissional de saúde possa refletir e rever as práticas com o objetivo do atendimento holístico e acolhedor. Nesse movimento de reflexão, cabe destacar que nas emergências pediátricas, o centro das atenções é prioritariamente, mas não exclusivamente, a criança pois esta tem direito a um acompanhante, que também deve ser objeto de atendimento (SANTANA, 2021).

Consequentemente, o processo de trabalho da equipe de enfermagem deve ter como foco a prestação, educação e administração do serviço de saúde, bem como a necessidade de cuidar da criança com problemas e de seus cuidadores. Nesse contexto, o processo de trabalho em saúde se dá no momento do encontro professional usuário, portanto, um projeto vivo em ação. Além disso, o processo médico envolve a construção de redes complexos com elementos relacionados ao sujeito (necessidades, caprichos, interesses), redes sociais (métodos de produção, mecanismos de modelagem ideológica) e gestão dos serviços de saúde. (Políticas Públicas, Finanças, estratégias de

Gerenciamento) (SANTOS, 2022).

Portanto, destaca-se que as ações de enfermagem não se limitam a procedimentos técnicos, há uma grande valorização do cuidado humanizado prestado às crianças hospitalizadas e seus cuidadores familiares. Neste ponto, pode-se deduzir que o enfermeiro como líder de equipe, enfrenta diversos desafios na gestão do cuidado no setor de emergência; Portanto, além do conhecimento técnico e científico, devem ter capacidade de organizar o trabalho, adequando-o às condições assistenciais disponíveis ao número e gravitação do quadro clínico dos pacientes que solicitam esse serviço (ALVES, 2021).

Os serviços de urgência hospitalar caracterizam-se pela prestação de cuidados de urgência à população em situações agudas com o objetivo de restabelecer a saúde e tratar lesões de natureza diversa. Essas instalações oferecem densidade e diversidade de alta tecnologia para cuidar de pacientes em situações imediatas de risco de vida. A triagem do departamento de emergência garante tratamento prioritário para pacientes que precisam de atendimento urgente e prevê com precisão o tipo de atendimento de que precisam. Após uma avaliação rápida dos sinais e sintomas, os pacientes críticos são encaminhados para atendimento imediato, enquanto os pacientes em condições mais estáveis podem esperar mais tempo para atendimento ou serem encaminhados para acompanhamento ambulatorial(GODOI et al. 2019).

2.2. COMPREENDENDO A PANDEMIA E SUAS INFLUÊNCIAS SOBRE A SAÚDE PEDIÁTRICA

Estudos recentes indicaram que na população pediátrica o vírus CoV-2 produz, felizmente, na maioria das vezes sintomas leves, mas também pode produzir quadros mais graves, como pneumonia com necessidade de tratamento, oxigênio que exigirá hospitalização, manifestações extrapulmonares pleomórficas e outras menos frequentes com necessidade de cuidados intensivos devido à insuficiência respiratória aguda grave hipoxêmica, síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), comprometimento do miocárdio e outras formas de síndrome inflamatória multissistêmica que pode levar ao choque secundário, com quadro clínico semelhante à doença de Kawasaki, síndrome do choque tóxico e síndrome de ativação macrofágica (SAM) (DIAS; FERRAZ; BARBOSA 2021).

Além disso, foram considerados Infectados com SARS-CoV-2: Detectados por RT-PCR ou por sorologia positiva em indivíduos assintomáticos, durante busca ativa ou detectados por triagem. Segundo Lago et al. (2020), um aspecto prioritário no atendimentode urgências e emergências é a Organização do fluxo de pacientes, que deve ser organizado de acordo com dois fluxos distintos, por um lado, as recomendações nos fluxosde urgência emanou fundamentalmente de especialistas em infecções hospitalares, infectologistas, pessoal de emergência e autoridade de saúde.

Desta mesma instituição, considerou-se necessário que no momento da admissão no hospital haja uma pré-triagem onde haja um profissional que questione sobre sintomas suspeitos de COVID-19. Se houver, o paciente terá um fluxo totalmente diferente do paciente com outro motivo de consulta (DIAS; FERRAZ; BARBOSA 2021). Nos casos mais leves, sugere-se que sejam encaminhados para uma área especialmente equipada para atendimento de pacientes com COVID-19 fora do hospital. O restante dos pacientes irá para uma área de COVID-19 dentro do hospital, idealmente uma caixa isolada ou macas separadas por pelo menos 1 metro da outra (MANDETTA; BALIEIRO, 2021).

Uma segunda consideração é que, no caso do enfermeiro da triagem ou do técnico paramédico, eles instalam uma máscara cirúrgica no paciente e seu acompanhante, avaliam e categorizam. Em seguida, são encaminhados para a área correspondente para atendimento ou para uma sala de espera específica para problemas de COVID19, com separações de pelo menos um metro de outro paciente. Para evitar o contágio, é necessário ter equipes de saúde diferentes para cada tipo de atendimento, ou seja, técnicos, enfermeiros e médicos que atuam de forma independente em cada área (SILVA, 2020).

Durante a pandemia do COVID-19, muitos profissionais enfrentaram dificuldades nouso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Algumas das principais dificuldades incluem: Falta de EPIs adequados: muitos profissionais de saúde e outros trabalhadores essenciais relataram a falta de EPIs adequados, incluindo máscaras N95, luvas, aventais e óculos de proteção. A escassez de EPIs foi particularmente crítica no início da pandemia, quando a demanda aumentou rapidamente e a oferta não conseguiu acompanhar (SOUSA, 2022).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que é um método que proporciona conhecimento e resultados de estudos na prática, com ampla abordagem metodológica incorporando conceitos, revisão de teorias,evidências e análise de problemas metodológicos (BLANCO, 2022).

Para coleta de dados, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) mediantes os seguintes descritores: “COVID-19” e “Emergência Pediátrica”.

Como critérios de elegibilidade selecionados artigos originais, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa e língua inglesa, publicados no período de 2018 a 2023, que tratam do tema pesquisado. Critérios de inelegibilidade: artigos com texto incompleto, resumos, monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado. Os artigos selecionados com base nos critérios de elegibilidade e inelegibilidade combase nos títulos em seguida, os resumos foram analisados e, finalmente, os artigos foram lidos na íntegra e uma ferramenta foi criada para coletar informações diretamente das basesde dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1: Resultados da busca nas bases de dados e seleção de artigos.

Bases de dados	Totalidade	Após critérios	N	%
SCIELO	112	20	13	14,56%
LILACS	250	24	4	10%
Total	**362**	**44**	**17**	**100%**

Quadro 1: Resultado dos artigos selecionados.

Nº	Título	Autor/ ano/ idioma	Base de dados	Resultados
1	Impacto da pandemia Covid-19 no perfil de internações pediátricas: análise comparativa dos anos2018 a 2020.	Carvalho etal., 2022 Português	SCIELO	Concluíram no estudo que as patologias mais comuns encontradas foram as doenças respiratórias, tais como bronquiolite aguda viral e bronquite aguda. Notou-se queda das hospitalizações por casos de bronquiolite aguda viral por vírus sincicial respiratório em 2020.
2	Atendimentos por doenças não respiratórias em unidadede emergência pediátrica antes e durante a pandemia do covid-19	Hendler, 2020 Português	SCIELO	Concluíram que as medidas de contingenciamento contra Covid-19 resultaram em menor procura por consultas em SE de crianças com enfermidades não respiratórias, provocando diminuição de hospitalizações.
3	Preparo operacional de uma unidade de emergência em pediatria para o atendimento da COVID-19.	Medeiros et al., 2020 Inglês	SCIELO	O uso de medidas de contenção visando reduzir o risco de transmissão viral a outros pacientes ou profissionais de saúde que compõe a equipe multidisciplinar.
4	Exposição de pacientes da emergênciapediátrica a exames de imagem, na atualidade eem tempos de COVID- 19.	Floriani et al., 2020 Inglês	SCIELO	Concluíram que são necessárias a capacitação da equipe hospitalar, a utilização de instrumentos de decisão clínica e a confecção de protocolos quepossam avaliar a singularidade da criança, dessa maneira poderá ser evitado a exigência de exames de imagem.
5	Recomendações para Atendimentos de Casos Suspeitos de COVID-19em EmergênciasPediátricas.	Lago et al.,2020 Português	SCIELO	O Departamento de Emergência Pediátrica seja dividido em dois setores separados fisicamente e atendidos por equipes distintas: um para casos suspeitos de Covid-19 e outro para casos não suspeitos.
6	Fluxo de atendimentosem emergênciapediátrica: protagonismodo enfermeiro frente às mudanças provocadas pela pandemia do novo coronavírus.	Souza et al.,2021 Português	SCIELO	Após reuniões com a equipe multiprofissional, foi criada uma área exclusiva para o atendimento de pacientes pediátricos com sintomas do novo Coronavírus. O acolhimento do paciente passou a ser realizado em salas distintas e aqueles que necessitavam ser internados, eram direcionados ao isolamento respiratório, de acordo com o grau de complexidade, após classificação de risco.
7	Impacto da COVID-19 num Serviço deUrgência Pediátrico.	Garcia et al.,2021 Português	SCIELO	Os resultados obtidos mostraram que o impacto da Covid-19 no serviço de urgência foi bastante significativo tendo em vista a falta de entendimento sobre os sintomas da doença. Dessa maneira, entenderam que é necessário organização do serviço para atender a demanda pediátrica, bem como orientação por parte da equipe de saúde.
8	Perfil dos atendimentos pediátricos dos serviços de urgência e emergência durante apandemia pela Covid-19no Brasil	Amaro et al.,2023 Português	SCIELO	A maioria dos estudos relatam maior atendimento a pessoas do sexo feminino, não havendo alteração no perfil de sexo quando relacionado ao período pré-pandemia. Apesar da diminuição no número de atendimentos, houve aumento proporcional de casos graves no pronto-socorro, concomitante a maiores taxas de internação.

4.1. CATEGORIA: IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

No que diz respeito aos impactos causados pela pandemia no serviço de emergência pediátrica Carvalho et al., (2022) Alves et al., (2023), afirmam que é necessário conhecer o real impacto da pandemia no perfil de adoecimento das crianças, pois as patologias mais comuns encontradas foram as doenças respiratórias, tais como bronquiolite aguda viral e bronquite aguda e são necessárias a capacitação da equipe hospitalar, a utilização de instrumentos de decisão clínica e a confecção de protocolos que possam avaliar a singularidade da criança. A pandemia da COVID-19 o que impactou na epidemiologia pediátrica em relação ao número de atendimentos e internações, sendo assim é necessário conhecer o real impacto no serviço de emergência pediátrica.

Tramontin (2020), corrobora que as crianças exibem certas particularidades e não podem descrever claramente sua condição médica ou histórico de contato. Isso aumenta a grande dificuldade de proteger, diagnosticar, tratar e cuidar dessa população com base no uso de novos protocolos para avaliar o impacto da doença respiratória.

Medeiros et al, (2020) e Goés et al, (2020) relatam que planejar e treinar os novos profissionais no setor de urgência e emergência é um desafio, pois diferentes profissionais estão envolvidos em diferentes etapas do atendimento. Consequentemente, observaram que são necessários profissionais capacitados para compor a equipe pois sua ausência pode trazer impactos, bem como a falta de equipamentos de proteção individual, treinamento, exames diagnósticos e conhecimentos / informações relacionados à doença o número reduzido de profissionais de Enfermaria e a desvalorização da categoria.

A equipe de enfermagem está na linha de frente no enfrentamento desse problema, dedicando atendimento em tempo integral às crianças e suas famílias, por isso é fundamental o uso de equipamentos de proteção, o investimento e a valorização dos profissionais (ALMEINDA, 2021).

Conforme Hendler, (2020) Amaro et al., (2023), concluíram que as medidas de contingenciamento contra Covid-19 resultaram em menor procura por consultas em sala de emergência de crianças com enfermidades não respiratórias, provocando diminuição de hospitalizações. Mas, apesar da diminuição no número de atendimentos, houve aumento proporcional de casos graves no pronto-socorro, concomitante a maiores taxas de internação. Também destacaram que os atendimentos realizados nos serviços de emergência durante a pandemia da COVID-19 necessitam de profissionais capacitados.

A necessidade de capacitação da equipe de emergência para assistir a criança, pois ela apresenta necessidades diferenciadas conforme o período de crescimento e desenvolvimento que se encontra. A assistência à criança exige conhecimento teórico-prático, agilidade, habilidade, segurança, calma para atender de forma humanizada a criança e sua família em emergência (NOGUUEIRA, 2020).

De acordo com Ribeiro et al., (2020), Marilia et al., (2020) relatam que as principais manifestações clínicas nos serviços de emergência em pediatria durante a pandemia variam desde formas assintomáticas, leves não identificadas até graves, por isso os testes diagnósticos não são realizados em diversos casos. Os sintomas mais comuns relatados até o momento são: febre e tosse, podendo ocorrer também, rinorréia, dor de garganta e cefaleia. Com menos frequência foram relatados náuseas, vômito e diarreia. O sintoma mais prevalente na apresentação do caso clínico de COVID 19 em pediatria nas emergências pediátricas são a febre, e posteriormente a tosse (MATOS, 2020).

Segundo Morila et al., (2020), afirma que mais de um terço dos pacientes com Covid-19 foi menor de 2 anos e em igual proporção apresentados comorbidade. Os sinais e sintomas clínicos foram principalmente inespecíficos e complexos várias sindromáticas. Amaioria apresentou uns sintomas leves, embora sete crianças tivessem condição severa. A forma clínica mais frequente foi envolvimento das vias aéreas superiores seguido de quadros de pneumonia e diarreia um paciente com comorbidade grave morreu. Durante a pandemia da COVID-19, o papel do enfermeiro no setor de emergência pediátrica é de extrema importância. Os enfermeiros são profissionais de saúde altamentequalificados e treinados para fornecer cuidados de qualidade para crianças em emergências. Aqui estão algumas razões pelas quais os enfermeiros são cruciais durante a pandemia no setor de emergência pediátrica.

Em resumo, os enfermeiros são essenciais no setor de emergência pediátrica durante a pandemia da COVID-19. Eles são responsáveis por avaliar e monitorizar os pacientes, intervir rapidamente em emergências, comunicar-se com a equipe médica e família, educar sobre prevenção e medidas de segurança, e fornecer apoio emocional. Com seu treinamento especializado e dedicação, os enfermeiros desempenham um papel crucial na garantia de cuidados de qualidade para crianças em emergências durante a pandemia.

4.2. CATEGORIA: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NAS EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

De acordo com Lago et al., (2020), Souza et al., (2021), um dos caminhos percorridos pelos Departamentos de Emergência Pediátrica seja dividido em dois setores separados fisicamente e atendidos por equipes distintas: um para casos suspeitos de Covid-19 e outro para casos não suspeitos. É importante ser criada uma área exclusiva para o atendimento de pacientes pediátricos com sintomas do novo Coronavírus. O acolhimento do paciente pode passar a ser realizado em salas distintas e aqueles que necessitavam ser internados, eram direcionados ao isolamento respiratório, de acordo com o grau de complexidade, após classificação de risco. Os pacientes que não apresentavam sintomas respiratórios, eram direcionados para um espaço segregado fisicamente. O atendimento considerado bom é aquele que responde às demandas do usuário, sendo determinante da satisfação com o serviço (SIQUEIRA, 2019).

Conforme Garcia et al., (2021) Souza et al., (2021), afirmam que é necessário organização do serviço para atender a demanda pediátrica, bem como orientação por parte da equipe de saúde. O protocolo clínico para manejo da COVID-19 em Pediatria aplica-se a todos os pacientes suspeitos ou confirmados para a referida patologia atendidos no serviço de emergência pediátrica são teste de PCR, em tempo real, para SARS-CoV-2, para os casos de COVID-19 com suspeita de síndrome gripal, secreção da nasofaringe (SNF). A coleta deve ser realizada até o 14º dia após o aparecimento dos primeiros sinais ou sintomas (após 8º cai 50% positividade).

Entre os sinais e sintomas respiratórios, os mais frequentes na pediatria são os do resfriado comum/infecção das vias aéreas superiores: coriza, obstrução nasal, prurido nasal, odinofagia, tosse, laringite e faringite com ou sem febre (NEHAB, 2022).

Rocha et al., (2022) e Mendonça et al., (2022), salientam ainda que no exame de anamnese de crianças que apresentavam manifestações clinicas, cerca de 50 a 70% dos casos incluíam febre, tosse seca, dispneia, sendo que também foi relatado, porém com menos frequência mialgia, rinorreia, dor de garganta, congestão nasal, dor de cabeça, vômito, diarreia e dor abdominal. Também ocorreu relatos de crianças co-

infectadas com outros vírus, tal como sincicial respiratório e adenovírus. Tais infecções agudas do trato respiratório, respectivamente está associado a outras etiologias como bronquiolite aguda viral ou asma aguda grave. Os resultados mostraram que as crianças infectadas tiveram significativamente mais crises de asma, hospitalizações, uso emergencial de inalador e tratamentos com corticoides durante os seis meses após a doença.

Portanto, de acordo com Souza et al., (2022) concluiu que é necessário seguir um protocolo: Caso suspeito de syndrome gripal com resultado laboratorial negativo para coronavírus (SARS-CoV-2 não detectável pelo método de Polymerase Chain Reaction (PCR) em tempo real), considerando a oportunidade da coleta ou confirmação laboratorial para outro agente etiológico para o melhor atendimento no serviço de emergência pediátrica, bem como equipes especificas para o atendimento emergencial durante o período pandêmico e pós-pandêmico. O Protocolo Clínico de Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (HCFAMEMA) para Manejo da COVID-19 tem por objetivo garantir o melhor cuidado de saúde aos pacientes suspeitos ou confirmados com o agravo, incluindo recomendações de condutas, medicamentos ou produtos para as diferentes fases evolutivas da doença.

O diagnóstico requer a identificação de infecção aguda por Covid-19 – com PCR ou exames sorológicos ou antigênicos em laboratórios certificados. Os exames complementares de imagem serão solicitados de acordo com o quadro clínico apresentado (SANTANA,2022).

Portanto, a identificação precoce dos sintomas da COVID-19 em crianças é fundamental para garantir um manejo adequado da doença. A identificação dos sintomas permite que os profissionais de saúde realizem testes diagnósticos e implementem medidasde controle e prevenção da doença, reduzindo assim o risco de propagação do vírus para outras pessoas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário da pandemia do COVID-19 aconteceram vários impactos nas emergências pediátricas, sendo assim foi necessário a adoção de medidas de emergência para combater a infecção, bem como adotar protocolos que possam ajudar a suprir essa demanda, para o itinerário ficou evidente nas consultas de urgência pediátrica que as infecções respiratórias continuam a ser o principal motivo de consulta. Além disso, a pandemia trouxe mudanças significativas na forma como a emergência pediátrica é gerenciada, incluindo a necessidade de triagem rigorosa, medidas de controlede infecção e reorganização dos espaços físicos. Essas mudanças devem ser avaliadas em termos de sua efetividade e custo-benefício para garantir a melhor assistência possívelàs crianças e suas famílias.

É importante destacar que a pandemia da COVID-19 ainda não foi erradicada e pode continuar a ter um impacto duradouro na emergência pediátrica e na saúde infantil em geral.Portanto, é necessário continuar monitorando de perto os efeitos da pandemia e desenvolver estratégias eficazes para lidar com seus efeitos a longo prazo, pois torna-se um grande desafio para a equipe multidisciplinar organizar a assistência em pediatria nestemomento, protegendo-as de todas as situações de risco.

REFERÊNCIAS

[1] ALVES, Juliana Carvalho Tavares et al. Impacto da pandemia de COVID-19 na epidemiologia pediátrica. **Resid Pediatr**, v. 10, n. 3, p. 1-4, 2020.

[2] ARAÚJO JNG de. **Infância e Pandemia**. Cadm [online]. 5 Jun 2020;28:114-21. Disponívelem: https://periodicos.uem.br/ojs/ index.php/CadAdm/article/view/53733

[3] BARATIERI T, et al. Fatores associados ao uso inapropriado do pronto atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021; 26(6): 2281-2290.

[4] BLANCO, Eliane Selma do Valle. Trajetória hospitalar mãe-bebê em situação de deslocamento internacional durante a pandemia de Covid-19: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, 2022.

[5] DIAS, Renise Bastos Farias; FERRAZ, Luana Cavalcante Costa; BARBOSA, Nirliane Ribeiro. Diagnósticos e intervenções de enfermagem a crianças com sinais respiratórios degravidade da COVID-19. **Rev. baiana enferm.**, 2021.

[6] HENDLER, Jordana Vaz et al. Atendimentos por doenças não respiratórias em unidade de emergência pediátrica antes e durante a pandemia do covid-19. **Clinical and biomedical research. Porto Alegre**, 2020.

[7] CARVALHO, Maria Fernanda Amaral; CARVALHO, Adriana Amaral; MARTINS, Paula Lustosa. impacto da pandemia covid-19 no perfil de internações pediátricas: análise comparativa dos anos 2018 a 2020. **REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS MÉDICAS**,v. 6, n. 2, p. 36-40, 2022.

[8] FLORIANI, Isabela Dombeck et al. Exposição de pacientes da emergência pediátrica a exames de imagem, na atualidade e em tempos de COVID-19: uma revisão integrativa. **Rev. Paul. Pediatr.**, 2022.

[9] GÓES, Fernanda Garcia Bezerra et al. Desafios de profissionais de Enfermagem Pediátricafrente à pandemia da COVID-19. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

[10] LAGO, Patrícia et al. Recomendações para Atendimentos de Casos Suspeitos de COVID-19 em Emergências Pediátricas. **Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)**, 2020.

[11] MANDETTA, Myriam Aparecida; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes. A pandemia daCOVID-19 e suas implicações para o cuidado centrado no paciente e família em unidade pediátrica hospitalar. **Rev Soc Bras Enferm Ped.**, v.20, 2021.

[12] MARTINS, Lucas Amaral et al. Quadro clínico da população pediátrica com SARS-CoV-2 ecuidados: revisão. **Ver. Gaúcha Enferm.**, 2021.

[13] MEDEIROS, Michelle Marchi et al. Preparo operacional de uma unidade de emergência empediatria para o atendimento da COVID-19. **Residência Pediátrica**, n.2, v.10, 2020.

[14] MORILLA, Laura; MOREL, Zuny; PAVLICICH, Viviana. Características clínicas de los pacientes pediátricos con COVID-19 en un departamento de emergencia. **Pediatría (Asunción)**, v. 47, n. 3, p. 124-131, 2020.

[15] NEHAB, Marcio Fernandes; MENEZES, LAD. Impacto da Covid-19 na Saúde da Criança edo Adolescente. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora**,2022.

[16] ROCHA, Karinne Nancy Sena et al. COVID-19: Manifestações clínicas e diagnóstico em crianças COVID-19: Clinical manifestations and diagnosis in children. **Brazilian Journal ofHealth Review**, v. 5, n. 1, p. 3063-3080, 2022.

[17] SILVA, André Ricardo Araújo da. Influência do distanciamento social causado pela pandemia da covid-19 nos atendimentos de emergência e internações em pediatria.**SciELO Preprints**, 2020.

[18] SOUZA, Hákilla Pricyla de Jesus et al. Fluxo de atendimentos em emergência pediátrica: protagonismo do enfermeiro frente às mudanças provocadas pela pandemia do novo coronavírus.

CAPÍTULO

26

Aspectos relacionados ao pré natal de baixo risco na atenção primária: uma revisão de literatura

Suelen Milena da Silva Miranda[1], Graciana de Sousa Lopes[2]

1. INTRODUÇÃO

O programa de Pré-natal, a nível nacional, tem como finalidade acolher, acompanhar e assegurar a mulher durante todo o período compreendido pela gestação, em que a mulher e o concepto tenham uma assistência que vise compreender e intervir frente às mudanças físicas e/ou emocionais que são inerentes a todo o período (COSTA, 2019). Tendo em vista que acompanhará todo processo gestacional, este programa ainda visa assegurar o nascimento do concepto de forma saudável, ou seja, livre de qualquer complicação e intercorrência, o que promove a garantia de um bem-estar materno fetal (ANDRADE, 2020).O programa de pré-natal surge diante de uma necessidade de saúde pública nacional, a qual era demarcada pelos altos índices de intercorrências gestacionais que eram frequentes no período pré-natal, e puerperal, as quais ocasionavam, consequentemente, alta nos índices de mortalidade materno-infantil (OLIVEIRA; BARBOSA; MELO, 2019).

A inserção deste programa a nível nacional é assegurada pelos dados do Ministério da Saúde sobre as principais complicações resultantes do período gravídico, a qual no cenário antepassado comumente era presenciada um cenário demarcado por omissões, tratamentos incorretos e assistência baseada no intervencionismo (BRASIL, 2020).

A assistência pré-natal na rede básica de saúde é realizada por enfermeiros e médicos. Foco na vigilância, prevenção e detecção de complicações maternos e fetais. e fornecer conhecimentos sobre gravidez, parto e puerpério. No entanto, os enfermeiros devem acompanhar as mulheres sem complicações no pré-natal de baixo risco.

O pré-natal é o acompanhamento da gestante desde o início da gestação, que em 90 % das mulheres é diagnosticada com ausência de menstruação e sintomas clássicos como enjoos matinais e vômitos, com o objetivo de manter a integridade das condições de saúde da genitora e bebê. Assim, ao longo da gravidez serão realizados exames e avaliações complementares de forma a identificar e tratar precocemente situações de risco que possam prejudicar a saúde da mãe ou da criança. Possíveis barreiras ao acompanhamento são a não adesão aos medicamentos prescritos durante a gravidez se necessário, e a dificuldade em planejar / realizar os exames necessários (SANTOS, 2021). As consultas do pré-natal de baixo risco deve ser realizado mensalmente, quinzenalmente e semanalmente conforme a IG como um processo fisiológico e que na grande maioria das vezes transcorre sem complicações, são preconizadas pelo Ministério da Saúde – MS, no mínimo seis consultas.

A Enfermagem desenvolve um papel de suma importância na assistência integral

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: suelenmiranda536@gmail.com
[2] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. Email: gracilopess@hotmail.com

àsaúde, principalmente no que se refere a assistência no nível primário de saúde, nível esse pelos quais o programa de pré-natal ganha a sua maior proporção, ou seja, as ações postuladas pela enfermagem visam neutralizar as possíveis complicações decorrentes deste período tão volátil para a gestante. Por isso, as ações de enfermagem devem ser pautadas em instrumentos de educação para a mudança que potencialize os riscos para futuras complicações, assim como o diagnóstico precoce e eventuais fatores ou até mesmo comorbidades (GUERRA, 2021).

A implantação do pré-natal como ferramenta de acompanhamento e prevenção a esses agravos, como também de fornecimento de parto humanizado, permite um acompanhamento da mulher durante todo esse período desde a concepção. Com a aderência ao programa em questão, é possível descobrir possíveis intercorrências ainda em tempo precoce e intervir de maneira correta frente às mesmas, mostrando sua relevância social para a ocorrência de partos e gestações saudáveis sem danos à saúde da mulher e da criança, como prática cotidiana pela enfermagem para a redução dos casosde complicações obstétricas.

O presente estudo tem como objetivo discutir a assistência do pré-natal de baixo risco relacionado as questões socioculturais, bem como identificar as condutas do enfermeiro que visam otimizar a assistência do pré-natal de baixo risco.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. PRÉ-NATAL

O pré-natal deve começar assim que a possibilidade de gravidez for considerada, geralmente devido a um atraso menstrual. Pois os resultados obtidos serão tanto melhores quanto mais cedo for iniciado o acompanhamento. É na primeira consulta que são identificados as condições médicas e os fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento negativo da gravidez, bem como um exame médico e exames laboratoriais necessários. Também, na primeira visita, inicia-se a relação da gestante com a equipe médica (AMARAL, 2021).

Nunes (2019), acrescenta que o pré-natal, além de possibilitar o diagnóstico de patologias desenvolvidas durante a gestação e/ou já presentes no organismo da mulher possibilita a detecção precoce de problemas fetais, principalmente os relacionados a malformações. Alguns problemas fetais diagnosticados estão sujeitos a intervenção intra-uterina que permite ao recém-nascido levar uma vida normal. A orientação pré-natal visa preparar física e mentalmente a mulher para a maternidade e orientar sobre parto e puericultura, orientá-la sobre estilo de vida, higiene e alimentação.

A assistência pré-natal também deve incluir recomendações sobre o uso de medicamentos que podem afetar a saúde fetal, como a saúde da mulher e o progresso do parto e tratamento de queixas relacionadas à gravidez como azia, cólicas, náuseas e dores nas costas. As ações de pré-natal são norteadas pelas diretrizes que orientam o profissional na realização do pré-natal, evitando possíveis carências na assistência prestada. No entanto, a maioria dos profissionais não utiliza esses materiais durante o atendimento à gestante, o que incentiva a adoção de medidas errôneas que podem levar à morte da mãe e/ou bebê (NUNES, 2019).

Consequentemente, a primeira consulta de pré-natal é de extrema importância paraa gestante e para o feto. Será realizado pelo profissional de enfermagem que irá

elaborar o plano de cuidados de enfermagem na consulta pré-natal, de acordo com as necessidades identificadas e priorizadas, estabelecerá as intervenções, orientações e encaminhamentospara outros serviços, promoverá também a interdisciplinaridade das ações, principalmente com odontologia, medicina, nutrição e psicologia. Nela, o enfermeiro examina a história clínica da gestante, verifica a história familiar, dados demográficos, ginecológicos e obstétricos, dados sobre sexualidade, coleta informações obstétricos sobre a gravidez atual, realiza exame e solicita o exame laboratorial recomendados testes (GOMES et al., 2019).

Em particular, a nota da Consulta de Enfermagem deve registrar as informações obtidas durante a anamnese. Esta etapa é realizada com base em dados da história clínica maternal e familiar e dados pessoais, ginecológicos, obstétricos (atuais e anteriores) e sexuais. Portanto, o registro dessas informações garante que os profissionais que continuam acompanhando a gestante estejam cientes do andamento da gravidez e tenham acesso veloz aos seus dados (MARQUES et al., 2019).

Para exames pré-natais de rotina necessários na primeira consulta esses testes são projetados para detectar, prevenir e tratar doenças. Em particular, as doenças estudadas foram anemia, diabetes, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis; vírus da imunodeficiência humana (HIV), chagas, hepatite B, hepatite C, fenilcetonúria maternal e doença do trato urinário. Assim, de acordo com os resultados desses exames, caso sejam achadas alterações, as doenças identificadas devem ser tratadas, a fim de evitar ou minimizar problemas futuros para a mãe e para o bebê. Ocorrência haja predisposição à alguma condição específica como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, distúrbios da tireoide, recomenda-se a realização de exames especiais para que o tratamento seja iniciado o mais precocemente possível (BRASIL, 2021).

2.2. O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

O pré-natal, esse que em meio ao sistema de saúde é realizado com grande intensidade na atenção de nível primário à saúde, é responsável, como já mencionado pela redução das complicações durante as gestações, já que os fatores causais podem ser identificados precocemente; mas também são importantes para favorecer a realização de um parto saudável e descomplicado, já que reduz drasticamente essas complicações que poderiam aumentar ao momento do parto, como também demais problemáticas como o risco para infecção (FERREIRA; TEIXEIRA; TOBIAS, 2019).

Diversos fatores culturais estão incumbidos na resistência a total adesão ao programa em questão. Rosa; Silveira; Costa (2019), citam que essa resistência acaba facilitando o desenvolvimento de diversas condições críticas para a gestante e o concepto, já que a realização de um pré-natal de baixa qualidade favorece uma série de complicações que poderiam ser evitadas por meio do acompanhamento completo. Dentre essas problemáticas, pode-se mencionar parto prematuro, doenças transmissíveis, baixo peso, morte materna e neonatal, mães despreparadas, sendo então de extrema importância a adesão ao mesmo para a neutralização precoce dessas intercorrências e realização de uma gravidez pautada na humanização.

A enfermagem, tem o cuidado como núcleo de competência e responsabilidade, e encontra-se apta para transitar em diversos campos de conhecimento para a prestação deste cuidado, ou melhor, a enfermagem pode estabelecer mais intensivamente canais de

interlocução com agentes de outras áreas e, em equipe, buscar pelas tecnologias necessárias à assistência, estabelecendo vínculos com a equipe e com a família, atuando desta forma no processo de transformação da realidade (OLIVEIRA et al., 2020). O profissional de enfermagem, ao desempenhar sua função social de cuidador, vivencia as tensões inerentes à produção dos atos de saúde - a produção de procedimentos versus a prestação de cuidado. Estabelece relações com os usuários, necessitando incorporar, em seu aparato, tecnologias leves como a escuta, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, e habilidades para conseguir lidar com os elevados graus de incerteza inerentes a esse trabalho (SILVA, 2021).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que é um método que proporciona conhecimento e resultados de estudos na prática, com ampla abordagem metodológica incorporando conceitos, revisão de teorias,evidências e análise de problemas metodológicos (BLANCO, 2022).

Para coleta de dados, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) mediantes os seguintes descritores: “pré-natal“,“baixo risco“, “atenção primária”.

Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa e língua inglesa, publicados no período de 2018 a 2023, que tratam do tema pesquisado. Critérios de inelegibilidade: artigos com texto incompleto, resumos, monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado.

Os artigos selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade e inelegibilidade a partir dos com os títulos, posteriormente foi realizada a análise de resumos e finalmente os artigos foram lidos na íntegra, sendo elaborado um instrumento para a coleta de informações direto das bases de dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Resultados da busca nas bases de dados e seleção de artigos.

Bases de dados	Totalidade	Após critérios	N	%
SCIELO	452	25	13	16%
LILACS	110	10	4	10%
Total	**562**	**17**	**17**	**100%**

Quadro 1: Resultado dos artigos selecionados.

Nº	Título	Autor/ ano/ idioma	Base de dados	Resultados
1	O papel do enfermeiro noacompanhamento de pré-natal de baixorisco utilizando a abordagem centradana pessoa-gestante.	Reis et al.,2019 Português	SCIELO	Concluíram que os contatos frequentes nas consultas entre enfermeiros e gestantes possibilitam melhor monitoramento do bem-estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas.
2	Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados.	Silva et al.,2019 Português	SCIELO	A partir dos resultados encontrados, observou-se que as estratégias de intervenção desenvolvidas no pré- natal, com grupos de gestantes e nas visitas domiciliares por profissionais e pessoas residentes nasáreas de moradia das mulheres, construídas e desenvolvidas de forma pedagógica e participativa.
3	A sistematização da assistência de Enfermagem na primeira consulta de pré-natal: revisão narrativa.	Costa, 2022 Português	SCIELO	Concluíram que o conhecimento acerca de como tem sido utilizada a sistematização da assistência de enfermagem nas consultas de pré-natal. A principalestratégia adotada é a adequação de um instrumento padronizado, ajustado ao serviço.
4	A atenção do Enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco.	Ferreira et al., 2021 Português	SCIELO	Concluíram que um pré-natal de qualidade e eficiência se comprova que é aquele que o enfermeiro realiza na atenção básica de saúde com um bom acolhimento, uma visão holística, exerce a educação em saúde.
5	Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária.	Muniz et al.,2021 Português	SCIELO	A partir dos resultados encontrados, observou-se que alguns pontos impediam os enfermeiros de realizar as ações no pré-natal, os quais precisam de recursos para deliberação.
6	As dimensões do trabalho do enfermeiro no pré-natal de baixo risco: uma revisão integrativa.	Texeira et al., 2022 Português	SCIELO	O estudo indicou que o enfermeiro busca potencializar suas competências gerenciais e assistenciais para realizar o pré-natal de baixo risco, utilizando para isso instrumentos de sistematização da consulta de enfermagem, roteiros e check list.
7	Diagnóstico das necessidades de Educação Permanent em Enfermagem no contexto do Pré-natal de baixo risco.	Cardoso et al., 2022 Português	SCIELO	Os dados coletados apontam que os enfermeiros aderem aos protocolos disponíveis e buscam utilizá-lo para subsidiar suas ações durante osatendimentos às gestantes, a fim de se respaldareme de contribuir na assistência de enfermagem.
8	Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relaçãopossível?	Garcia et al., (2019) Português	SCIELO	O resultado deste estudo evidenciou que, para além das variáveis sociais abarcadas na CRG utilizada pelo MSB, existem fatores sociais associados ao risco gestacional, tais como: residir em região metropolitana, a gestante será chefe da família.

4.1. CATEGORIA I: SOCIOCULTURAIS RELACIONADOS AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Para Batista et al., (2021) Andrade et al., (2019), há necessidade de conscientização dos profissionais de saúde sob o enfoque étnico-racial, na busca de equidade na atenção, com o objetivo de depreciar as desigualdades raciais existentes nos serviços públicos de saúde, tendo em vista que o acesso e o atendimento integrado e afirmativo trazem

repercussões favoráveis na qualidade de vida da população, em especial da negra. quanto ao perfil da gestante percebemos que na ESF Fraternidade, as gestantes são em sua maioria de baixa renda e menor de idade, não planejaram e nem desejaram ter filhos no momento.

Para Lessa et al., (2022) e Garcia et al (2022), apontam que ser negra e ocupar lugares sociais desfavoráveis acarretam desvantagens para as mulheres em relação ao acesso a um pré-natal considerado adequado, estatisticamente significante entre a cor da pele e o início do pré-natal com 12 semanas ou menos, o número de consultas igual ou superior a seis, realização de testes de HIV e VDRL, exame das mamas em todas as consultas, orientações referentes ao trabalho de parto, sinais de risco indicativos de emergência obstétrica as variáveis sociais abarcadas na CRG utilizada pelo MSB.

A dificuldade de acesso ao pré-natal de baixo risco por parte de mulheres pobres socioculturais é uma questão preocupante na área da saúde pública. Muitas dessas mulheres não têm acesso adequado à assistência pré-natal, o que pode aumentar o risco de complicações durante a gravidez e o parto, e colocar em risco a saúde da mãe e do bebê (HAGEMANN, 2018).

Ainda segundo Rodrigues et al., (2022) e Esposti et al., (2020), a importância de um pré-natal adequado, posto que uma assistência de qualidade se constitui fundamental para uma gravidez com o mínimo de intercorrências possíveis. Diversas causas estão relacionadas com a não adesão do pré-natal ou ao seu início tardio, a exemplo, fatores socioeconômicos, baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos locais de consulta e ausência do companheiro, os quais contribuem para a desvalorização do pré-natal. As desigualdades sociais no acesso ao pré-natal e geográficas no acesso e na adequação.

A dificuldade de acesso ao pré-natal de baixo risco por parte de mulheres pobres socioculturais é um problema complexo que envolve múltiplas dimensões e exige ações integradas e articuladas de diversos setores, especialmente da saúde pública (ARAÚJO, 2019).

Portanto, os problemas socioculturais no acesso ao pré-natal de baixo risco para mulheres pobres nos leva a uma reflexão sobre a forma como a sociedade trata a saúde materno-infantil. É preciso reconhecer que esses problemas são resultantes de desigualdades sociais profundas, e que a solução para esses problemas passa necessariamente pela promoção da equidade e da justiça social. Só assim poderemos garantir que todas as mulheres, independentemente de sua classe social, raça ou etnia, tenham acesso ao pré-natal de qualidade e possam ter uma gestação e um parto saudáveis.

4.2. CATEGORIA II: CONDUTAS DO ENFERMEIRO QUE VISAM OTIMIZAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Segundo Reis et al., (2019) e Silva et al., (2019), os contatos frequentes nas consultas entre enfermeiros e gestantes possibilitam melhor monitoramento do bem-estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas. A consulta de enfermagem proporciona orientação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às necessidades peculiares das mulheres, das gestantes, com quem interagimos em consultas no pré-natal, nas unidades básicas de saúde. As de saúdede atenção ao pré-natal devem estar habilitadas para realizar, incorporar e operar na rotinada assistência dos serviços especializados, estratégias educacionais.

O cuidado de enfermagem para desfechos obstétricos favoráveis devem ser pautados na humanização e acolhimento, respeitando as particularidades de cada gestante e oferecendo um cuidado individualizado e centrado na paciente (SANTANA, 2019).

Costa, (2022) Ferreira et al., (2021), explicam que o conhecimento acerca de como tem sido utilizada a sistematização da assistência de enfermagem nas consultas de pré-natal. A principal estratégia adotada é a adequação de um instrumento padronizado, ajustado ao serviço. Um pré-natal de qualidade e eficiência se comprova que é aquele que o enfermeiro realiza na atenção básica de saúde com um bom acolhimento, uma visão holística, exerce a educação em saúde, atenção integral a mulher gestante, com no mínimo seis consultas, referência e contrarreferência, grupos de apoio, assiduidade do enfermeiro e trabalho multiprofissional humanizado.

O enfermeiro no pré-natal de baixo risco realiza orientação das gestantes sobre cuidados durante a gestação, como alimentação saudável, atividade física adequada, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras medidas que possam contribuir para a saúde da gestante e do feto (ANDRADE, 2021).

Muniz et al., (2021) Texeira et al., (2022) o enfermeiro busca potencializar suas competências gerenciais e assistenciais para realizar o pré-natal de baixo risco, utilizando para isso instrumentos de sistematização da consulta de enfermagem, roteiros e check list. Dentre esses recursos enquadram-se: o desenvolvimento de capacitações teóricas e práticas específicas, o provimento de informações quanto a importância da inclusão e uso de protocolos assistenciais e a criação de protocolos que promovam a interação do trabalho médico e de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade dos serviços.

A qualificação do enfermeiro é fundamental para garantir a qualidade no cuidado ao pré-natal de baixo risco, que é o acompanhamento da gestante sem complicações durantea gravidez. O enfermeiro qualificado é capaz de realizar uma avaliação completa da saúdeda gestante, identificar possíveis riscos e encaminhar para o médico obstetra, quando necessário (PRADO, 2021).

Cardoso et al., (2022) e Amorim et al., (2022) os enfermeiros aderem aos protocolos disponíveis e buscam utilizá-lo para subsidiar suas ações durante os atendimentos às gestantes, a fim de se respaldarem e de contribuir na assistência de enfermagem. No entanto, percebeu-se que há necessidade de Educação Permanente voltada a realização de registros de atendimento, as técnicas de exame físico referente ao seu desenvolvimento por completo, realização da palpação obstétrica e padronização na técnica de medição da altura uterina. Assim como trabalhar com as equipes orientações a serem prestadas as gestantes por meio de consultas individuais ou atividades educativas grupais, tais como: alimentação saudável, aleitamento materno, cuidados com o RN e orientações voltadas ao período puérpera.

A gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da atenção pré-natal na APS significa valorizar os aspectos subjetivos do cuidado e as singularidades da gestante e de sua família e promover um cuidado singular, multidimensional, contínuo, vigilante, sistematizado e integrado a partir de protocolos bem definidos e implementados. Como implicações dos achados para a prática, destacam-se a necessidade de um dimensionamento de pessoal adequado e a realização das ações de saúde de forma integrada, em rede, com comunicação efetiva entre os diferentes níveis de atenção, intensificando o preparo para o parto fisiológico e o puerpério, incluindo a amamentação (FIGUEIREDO, 2020).

Gomes et al., (2022) Rangel et al., (2021), é necessário o desenvolvimento de futuros estudos que abranja quais ações podem ser feitas para o incentivo da busca de qualificações dos profissionais, assim como também ações que podem ser adotadas para as gestantes com vulnerabilidade psicossociais e econômicas. O pré-natal adequado é fundamental para a promoção da saúde da mulher durante a gestação, bem como para a prevenção de complicações que possam colocar em risco a sua vida e a do feto. Durante o pré-natal, é possível identificar precocemente doenças que podem afetar asaúde da gestante e do bebê, como a hipertensão, diabetes gestacional e infecções (AGUIAR, 2020).

A importância do papel do enfermeiro no pré-natal de baixo risco é indiscutível. Ele é um dos principais responsáveis por garantir a saúde materno-infantil e a redução dos índices de morbimortalidade materna e infantil. Além disso, suas ações podem contribuir para a promoção da saúde, prevenção de doenças e redução das desigualdades sociais em saúde.

Em resumo, as condutas do enfermeiro no pré-natal de baixo risco são fundamentaispara a promoção da saúde materno-infantil. Seu papel de acompanhamento e orientação pode fazer toda a diferença na garantia de uma gestação saudável e no nascimento de umbebê saudável. É preciso valorizar e investir na formação e capacitação desses profissionais, reconhecendo sua importância e papel no sistema de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pré-natal de baixo risco é um aspecto fundamental da atenção primária à saúde da gestante e do feto. Uma avaliação completa e adequada do estado de saúde da gestante, incluindo a realização de exames de rotina, acompanhamento do crescimento fetal e orientações sobre hábitos de vida saudáveis, são importantes medidas para prevenir complicações durante a gestação, parto e pós-parto.

Além disso, é essencial garantir a disponibilidade de profissionais de saúde capacitados e equipamentos adequados para o atendimento das gestantes de baixo risco. O cuidado durante o pré-natal pode impactar significativamente a saúde da mãe e do bebê, e, portanto, deve ser prioridade na atenção primária à saúde.

Assim, concluímos que o trabalho dos enfermeiros no pré-natal ainda enfrenta barreiras, no entanto, o impacto positivo de suas ações durante a gravidez e o parto, bem como o reconhecimento de seu trabalho é evidente e destacado pelas gestantes. Espera-se que as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção ao pré-natal possam crescer cada vez mais, atendendo assim as necessidades dessa clientela.

REFERÊNCIAS

[1] AMARAL, F. de C. Assistência humanizada da gestante em unidade de saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação emSaúde Coletiva**, Araçuaí, 2021.

[2] AMORIM, Tamiris Scoz et al. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

[3] ANDRADE, Gislângela Silva. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga–GO em diferentes contextos sociais. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 30-41, 2017.

[4] ARAÚJO, Regilda Bacelar et al. Cuidados de enfermagem no pré-natal de baixo risco na Estratégia de Saúde da Família: uma análise em periódicos nacionais. **Revista Uningá**, v.56, n. S2, p. 160-173, 2019.

[5] BATISTA, Maria Amanda Lima. Desigualdades assistenciais sob o enfoque étnico-racial e suas repercussões à saúde da mulher. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4922-4936, 2021.

[6] CARDOSO, Lilian Cristina et al. Diagnóstico das necessidades de Educação Permanente em Enfermagem no contexto do Pré-natal de baixo risco. **Conjecturas**, v. 22, n. 6, p. 12- 32, 2022.

[7] COSTA, Sara Daniela Souza et al. A sistematização da assistência de enfermagem na primeira consulta de pré-natal: revisão narrativa. 2022.

[8] COIMBRA, Liberata C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de saúde pública**, v. 37, p. 456-462, 2003.

[9] ESPOSTI, Carolina Dutra Degli et al. Desigualdades sociais e geográficas no desempenhoda assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1735-1750, 2020.

[10] FERREIRA, Gabriela Elaine et al. A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 2114-2127, 2021.

[11] FERREIRA, Cristiana Terezinha Alexandre; TOBIAS, Gabriela Camargo; teixeira, cristianechagas. pré-natal realizado por enfermeiros nas unidades básicas de saúde: uma revisão narrativa da literatura. **revista UNINGÁ**, v. 56, n. S2, p. 194-203, 2019.

[12] FERREIRA, Mayara de Lima. **As intercorrências no aleitamento materno e o papel do enfermeiro nas intervenções**. 2021.

[13] GARCIA, É. M et al. uma relação possível?. Risco gestacional e desigualdades sociais **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4633-4642, 2022.

[14] GOMES-FILHO, et al. Detecção de doenças transmissíveis em gestantes no Estado de Goiás: o teste da mamãe. **Revista de Patologia Tropical**, Goiânia, v. 45, n. 4, p. 369-386,2019.

[15] HAGEMANN, Lauro L.; ZIELINSKY, Paulo. Rastreamento populacional de anormalidades cardíacas fetais por ecocardiografia pré-natal em gestações de baixo risco no município dePorto Alegre. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, p. 313-319, 2018

[16] LESSA, Millani Souza de Almeida et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3881-3890,2022.

[17] MARQUES, et al. Características de gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas. **Revista Gaúcha Enfermagem**,v. 33, n. 4, p. 41-47, 2019.

[18] MUNIZ, Fernanda de Fátima Santos et al. Assistência de enfermagem no pré-natal de baixorisco na atenção primária. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN2179-6750**, v. 9, 2021.

[19] NUNES, H. A. de F. Assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família e seus desafios: uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Coromandel, 2019.

[20] OLIVEIRA, Amanda Karolina L. de; DUARTE, Fhabbylle Moreira. Importância das orientações de enfermagem na consulta de pré-natal: **uma revisão integrativa**. 2020.

[21] RANGEL, Vanessa; DE SOUZA, Amanda Quadros. fatores associados à não adesão as consultas de pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 8,n. 2, p. 244-261, 2021.

[22] REIS, Rachel Sarmento; ABI RACHED, Chennyfer Dobbins. O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa-gestante. **International Journal of Health Management Review**, v. 3, n. 2, 2019.

[23] RODRIGUES, Flavio Gorgonho Barros; DA SILVA, Kassia Rebeca Rezende. consequências do início tardio do pré-natal.

[24] ROSA, Cristiane Quadrado da; SILVEIRA, Denise Silva da; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 977-984, 2019.

[25] SILVA, Esther Pereira da; LIMA, Roberto Teixeira de; OSÓRIO, Mônica Maria. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicosrandomizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2935-2948, 2019.

CAPÍTULO

27

O consumo de bebida alcoólica durante o ciclo gravídico e seus efeitos para o feto

Caroline dos Santos Filgueira[1], Thiago Calheiros Lopes[2], Graciana de Sousa Lopes[3], Eline Araújo de Oliveira[4]

1. INTRODUÇÃO

O consumo de álcool tem sido um problema de saúde pública no mundo todo, e o número de mulheres dependentes dessa substância vem aumentando na gestação. Embora historicamente acreditasse que a ingestão de álcool fosse exclusivamente da população masculina, nos últimos anos houve um aumento preocupante no meio das mulheres. De fato, a independência financeira e social possibilitou o impussionamento do aumento da ingestão de bebida alcoólicas entre o público feminino(ZANOTI-JERONYMO et al., 2014).

Sim, é verdade que o consumo de substâncias psicoativas pode variar notavelmente de acordocom as áreas geográficas, e é comum que o consumo seja mais prevalente em áreas urbanas do que em áreas rurais (BESSLER et al., 2018). O alcool ingerido em qualquer quantidade é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um risco para a saúde e que impacta como um agravante para a questão de sáude pública mundialmente. Temos varias doenças que podem piorar indeferente de uma ingestão baixa de alcool, incluindo doenças cardíacas, derrame cerebral, câncer, doenças hepáticas e transtornos mentais (MONTEITO, 2020).

Pode aumentar risco de práticas sexuais inseguras, especialmente entre as mulheres na ingestão de álcool e outros intorpecentes. O consumo de álcool pode afetar a capacidade de tomar decisões conscientes e pode levar a comportamentos sexuais de risco, como relações sexuaisdesprotegidas ou sexo sem consentimento (BESSLER et al., 2018). A gestação pode ser definida como um fenômeno fisiológico que vai da concepção ao nascimento de um indivíduo, devido a esse fato, é normal que a gravidez ocorra sem problemas na maioria dos casos. O corpo passa por mudanças ao longo da gravidez que demandam adaptações em diversos sistemas corporais, como respiratório, cardiovascular, ósseo e muscular (BARBOSA & SOUSA, 2022).

Ao relacionar a ingestão de álcool no período gestacional, considerado comum em alguns casos, essa prática pode levar múltiplos problemas sociais e de saúde tanto para mãe quanto ao bebê,o feto é extremamente vulnerável, uma vez que o álcool ultrapassa a barreira placentária (LIMA, 2020).

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: caroline_filgueira@hotmail.com
[2] Acadêmico de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: calheirosthiago9@gmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. E-mail: gracilopess@hotmail.com
[4] Enfermeira Obstetra e Intensivista Neonatal e Pediátrica. E-mail: elinearaujoo@icloud.com

Ao fazer uso do álcool e de outras drogas lícitas na gestação, a mulher tem menos adesão aopré-natal e grupo de gestante, aumentando os riscos de complicação obstétricas e fetais. Essa gestação consiste no alto risco pelos prejuízos causados pelo feto, mas também pela questão da vulnerabilidade individual, social e programática da mulher (BESSLER et al., 2018).

A absorção, distribuição e eliminação do álcool no corpo humano são influenciadas por diversos fatores, como idade, peso, altura, proporção de gordura corpórea e metabolismo. No caso das mulheres, alguns desses fatores contribuem para que a biodisponibilidade do álcool seja maior doque nos homens (NETO, 2019).

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) é desencadeada pelo consume de álcool na gestação, que é um conjunto de alterações físicas e comportamentais que afetam o feto e que são irreversíveis. A SAF é tida como uma das principais causas de deficiência intelectual evitável, e pode causar diversasalterações no desenvolvimento fetal, incluindo atraso no crescimento, malformações congênitas, alterações no sistema nervoso central e problemas comportamentais (SEGRE, 2020).

Diante de tudo o que foi explanado, o intuito desta revisão integrativa literária é compreenderas dificuldades que as gestantes encontram no seu processo gestacional, que as leva ao consumo de álcool, e desta maneira trazendo consequências irreversíveis para o feto. É importante que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificar casos de uso de substâncias como álcool e drogas por gestantes e oferecer o suporte necessário para ajudá-las com uma escuta qualificada e utilizer seus conhecimentos para atuar no cuidado deste binômio (FONTAINE et al,. 2020).

O objetivo dessa pesquisa é discutir os fatores associados ao consumo de bebida alcoólica durante o ciclo gravídico, e suas consequências para o feto. Assim identificar os efeitos da ingestão do álcool para o desenvolvimento do feto, discutir fatores relacionados ao consumo de álcool por gestantes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. EPIDEMIOLOGIA

Atualmente, o álcool é considerado uma droga legal amplamente consumida em todo o mundo. No ano de 2014 um relatório públicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que 2 bilhões de pessoas da população mundial (aproximadamente 32%) são consumidoras de álcool,sendo responsável por 3,3 milhões de mortes por ano. Como o álcool é destituído de conotação pejorativa como as drogas ditas ilícitas, seu consumo é facilmente aceito pela sociedade. O fácil acesso, o baixo custo e a elevada tolerância social fazem com que o consumo de álcool seja cada vez mais difundido e estimulado pela propaganda, tornando-se a substância psicoativa mais consumida no mundo (FERNANDES et al., 2019).

No que se refere a dados estatisticos de prevalência da ingesta alcóolica durante a gestação, países como a Suécia apresentaram 6% de índice, ja os Estados Unidos da América apresentaram 10,2%, na Austrália os dados são alarmantes de 40%, ja na Inglaterra de 75%, superando apenas a Argentina com 75,2%. A nível nacional, através de um estudo realizado com 5.539 mulheres no período gravídico em ambulatórios de hospitais regidos pelo Sistema Unico de Saúde na cidade de Manaus, Fortaleza, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, ficou estimaga a prevalência de 34,4%

(GUIMARÃES et al. 2018).

De acordo com os dados levantados, a alta taxa de uso de álcool entre as mulheres, expõem as fragilidades específicas biopsicossociais que torna o comportamento de beber entre as mulheres um fenômeno complexo, devido ao seu contexto social, bem como os impactos para a sua saúde. Além disso, com o aumento do consumo de álcool por mulheres, acarreta diretamente aparecimento precoce do hábito de beber (NERY, 2014).

2.2. ÁLCOOL E GRAVIDEZ

O álcool pode levar a diversas consequências quando utilizado na gestação, no entanto os seus efeitos no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central fetal são significantes. De acordo com Costa(2017), uma das principais patologias ocasionadas pela ingesta alcóolica ao feto é a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), a qual caracteriza-se através da diminuição da acuidade intelectual, a diminuição do perímetro cefálico, deficiência motora, hipotonia, hiperatividade, dismorfias faciais erestrição no desenvolvimento do feto.

A Síndrome alcoólica fetal (SAF) é um conjunto de manifestações que surgem durante a gravidez em decorrência do consumo de bebida alcoólica, que leva a restrição do crescimento fetal e após o nascimento, disfunções do sistema nervoso central, microcefalia e alterações faciais características1. Afeta cerca de 33 % dos nascidos vivos, as gestantes que usam mais de 150 gramasde etanol por dia e está presente em 1 em cada 1.000 recém-nascidos (SANTOS et al., 2017).

Quando ingerido pela gestante, a substancia alcóolica entra na corrente sanguínea, percorrendo um caminho até o fígado, onde passa por uma transformação para a substancia acetaldeído, o qual tem maior afinidade de aderencia tecidual. Nesse viés, a placenta tem como catacterística a permeabilidade ao álcool, perpassando do organismo gravídico para o feto, a alcoolemia fetal fica bastante similar à materna rapidamente. Por outro lado, o álcool vai para o líquido amniótico, onde se acumula, tornando-se um verdadeiro reservatório, onde o feto permanecesubmerse (FERNANDES et al,. 2019).

Os efeitos da substancia alcóolica sobre o feto se dá através de mecanismos relacionados a elevação do estresse oxidativo, ao disturbio metabólico glicólico eproteico, bem como de células da crista neural, levando a disturbios como alterações permeabilidade placentária, diminuição de oxigênio por vasoconstrição de veias e arterias placentárias do cordão umbilical, acúmulo de etil- ésteres de ácidos graxos nos vário tecidos do feto, secundário à imaturidade das enzimas hepáticas (FERNANDES et al,. 2019).

2.3. SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL (SAF)

A SAF se dá através do conjunto de sinais e sintomas apresentados pelo recém-nascido proveniente da ingesta alcóolica pela mulher durante a gestação e/ou durante a fase pré-concepcional. Os principais sinais dessa síndrome são a diminuição do crescimento e desenvolvimento fetal, dismorfismos relacionados a face, e comprometimento no SNC. Este é hodiernamente a maior motivação do deficit no intelécto do indivíduo (NETO, 2019).

Além disso, as alterações comportamentais como a deficit cognitiv, distúrbios na fala, habilidades motoras prejudicadas, dificuldade em memorização, problemas em socializar, impulsos involuntário e comprometimento do raciocínio abstrato também são frequentemente achadas. As anomalias congênitas que podem estar presentes são malformações cardíacas, deformidades ósseas emembros, anomalias anatômicas renais, perda do ouvido, alterações a nível oftálmico, fenda labial ou do palato (FONTAINE et al., 2020).

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo Revisão Integrativada Literatura (RIL) (MARCONI, LAKATOS, 2017). A busca para coleta de dados teve seu início nomês de março do ano de 2023. Para a execução deste estudo foi realizado um levantamento nas bibliotecas virtuais de pesquisa: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO) e Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PubMed), que consiste em um recurso gratuito, por meio da junção de três Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) cruzados com operador booleano “AND” “Gravidez” AND “feto” AND “consumo de bebidaalcoólica”.

Os critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa e inglesa, publicados no período de 2018 a 2023, que tratam do tema pesquisado. Os critérios de inelegibilidade foram artigos com textos incompletos, resumos,monografias, dissertações de mestrado e tese de doutorado.

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios a partir dos títulos, posteriormentefoi realizada a análise de resumos e finalmente os artigos foram lidos na íntegra, e se o artigo estivea critério da temática proposta foram selecionados para o estudo, sendo elaborado um instrumentopara a coleta de informações direto nas bases de dados selecionados para compor esta revisão.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando os três DeCS: “Gravidez” AND “feto” AND “consumo de bebida alcoólica”, foramencontrados 712 artigos na totalidade nas bases de dados. Ao adicionar os critérios de inclusão e exclusão o número reduziu para 113. Após a análise das pesquisas, 15 publicações foram selecionadaspara compor esta pesquisa**.**

Para melhor organização das publicações presentes/selecionadas para compor está RIL, será apresentada uma síntese conforme autor, ano, título, objetivo estudo, bases, idioma e resultados, contribuindo para o processo de análise e interpretação das publicações presentes nesta revisão (Quadro 1).

Quadro 1: Artigos selecionados para revisão.

N°	AUTOR/ANO IDIOMA BASES DE DADOS	TÍTULO	RESULTADOS
1	MEUCCI et al., (2017); Português;Scielo.	Consumo de bebida alcoólica durante a gestação entre parturientes do extremo sul do Brasil.	Os efeitos da ingesta alcóolica para o desenvolvimentofetal são a maior probabilidade de desenvolver anomalias, risco de aborto, redução do crescimento fetal, redução do perímetro cefálico.
2	JUSTINA et al., (2018); Português;Scielo.	Avaliação de prescrições medicamentosas para gestantes da Amazônia Legal	A ingesta de alcool por gestantes pode ocasionar riscoaumentado de microcefalia, hemorragias pré-parto,parto pré-maturo, aborto, e baixo peso fetal.
3	GONÇALVES et al., (2018); Português; Scielo.	Malformação e morte X Alcoolismo: perspectiva da Enfermagem com a Teoria da Transição em gestantes	O alcool pode causar anormalidade no Sistema nervosa central (SNC) fetal.
4	MARANGONI et al., (2021). Português; Scielo.	Vulnerabilidade de gestantes usuárias de álcool e outras drogas em pré-natal de baixo risco	A ingesta de alcool durante a gestação pode levar a alterações na formação muscular, do sistema ósseo e no sistema neurológico.
5	PEREIRA et al., (2019); Português;Scielo.	Exposição materna ao álcoole baixo peso ao nascer: revisão sistemática e meta-analisada.	Pode levar a baixo peso fetal, alterações na mielinização e desenvolvimento insuficiente do nervoóptico.
6	PEREIRA et al., (2018); Português;Scielo.	Neurorreabilitação com o Método Padovan em recém-nascidos com síndrome alcoólica fetal: relato de 2 casos.	A síndrome alcoólica fetal, retardo no desenvolvimento mental, podem ser ocasionadas pelaingesta alcoolica.
7	SANTOS et al., (2017). Português;Lilacs	Prevenção da síndrome alcoólica fetal: subsídios para a prática de enfermeiras obstétricas.	A morte celular, prejuízo na formação de novas células, alterações de migração celular, produção de neurotransmissores e formação de sinapses.
8	BAPTISTA et al.,(2017); Português; Lilacs	Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool durante a gravidez.	Os fatores relacionados a ingestão de alcool por gestantes são a ausencia de um companheiro fixo, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e gravidez indesejada.

4.1. EFEITOS DA INGESTÃO DE ÁLCOOL PARA O DESENVOLVIMENTO FETAL

A partir do desenvolvimento desse estudo, foi possível compreender que o álcool é uma substancia que pode vir a causar diversos efeitos e danos irreversíveis para o feto caso seja ingerido pela mãe durante a sua gestação (JUSTINA et al., 2018), sendo apontado por Meucci et al., (2017), Maior probabilidade de desenvolver anomalias como a Síndrome Alcóolica Fetal, risco de parto prematuro, perdas gestacionais, restrição de crescimento intrauterino fetal, redução dos diâmetros como o perímetro cefálico (microcefalia) e dismorfias facias como filtro nasal, labio superior fino e fenda palpebral menor que o 10º percentil para a idade.

Isso ocorro devido os efeitos teratogênicos do etanol, que tem suas manifestações através de anormalidades somáticas e deficiências neurológicas e comportamentais, pois a SAF afeta diretamente as etapas da evolução cerebral, o que pode atingir diversas

vertentes sociais, emocionaise físicas do indivíduo em desenvolvimento acometido pela por essa patologia (SILVA et al., 2022).

É evidenciado através do estudo desenvolvido por Gonçalves et al., (2018), aspectos relacionados a anormalidade no Sistema nervosa central fetal, pela ingesta de álcool durante o ciclo gravídico. Marangoni et al., (2021), aponta que além das alterações a nivel neurológico, podem ocorrer alterações na formação muscular, do sistema ósseo, como o enfraquecimento ósseo e a diminuição de elementos como o cálcio e até mesmo descolamento de placenta. Pereira et al., (2019), cita em seu estudo alterações na mielinização e desenvolvimento insuficiente do nervo óptico, podendo levar a patologias como miopia, diminuição da acuidade visual ou até mesmo a cegueira.

Os efeitos teratogênicos do etanol influenciam diretamente no desenvolvimento de anormalidades somáticas heterogênicas, bem como deficiencias neurológicas e comportamentais ao decorrer da vida, sendo como transtorno do espectro alcoólico fetal, sendo relatado sua causa em 7,9 milhões de bebês em todo o mundo, sendo responsável por 5 a 10% das causas das malformações nãorelacionadas a genética (LANGE et al., 2019).

No estudo desenvolvido por Pereira et al. (2018), é evidenciado a SAF como principal consequência fetal da ingestão de álcool por gestantes, a qual representa o quadro clínico mais grave resultante dessa exposição pré-natal a essa substancia. O diagnóstico de SAF requer a presença de características de três categorias: três dismorfias faciais específicas, restrição de crescimento pré e/ou pós-natal e alterações do desenvolvimento do SNC a nível estrutural, neurológico ou funcional. Alémda SAF, Santos et al., (2017), relata outros prejuízos ao feto em formação quando é ingerido bebida alcóolica pela gestante, como a morte celular, deficiencia na formação de novas células, alterações de migração celular, produção de neurotransmissores e formação de sinapses.

A SAF é o transtorno mais grave das desordens do espectro de transtornos relacionados ao uso do álcool (FASD), podendo levar a defeitos congênitos relacionados ao álcool, desordens de neurodesenvolvimento relacionadas ao álcool, síndrome alcoólica fetal parcial, síndrome alcoólica fetal e transtorno neurocomportamental associado à exposição pré-natal ao álcool (SEGRE, 2017).

Dessa forma, nota-se que a ingesta alcoolica pode levar a diversos malefícios, tanto para a gestante, quanto para o feto e posterior desenvolvimento infantil. Frente a isso, o enfermeiro como profissional de saúde pode atuar durante o acompanhamento nas consultas de pré-natal diretamente na prevenção de transtornos relacionados a ingesta alcoólica por gestantes, alertando sobre os efeitosteratogênicos do alcool para o feto e atuando ainda de forma assistencial junto a equipe multiprofissional, no suporte avançado à nível hospitalar.

4.2. FATORES RELACIONADOS A INGESTÃO DE ÁLCOOL POR GESTANTES

A ingestão alcóolica é tida como algo extremamente prejudicial para o desenvolvimento fetal,podendo causar prejuízos limítrofes como a SAF, no entanto, são muitos os fatores que estão relacionados a ingesta de álcool por gestantes (BAPTISTA et al., 2017). É citado por Guimarães et al., (2018), que as gestantes são mais propícias à ingesta de álcool quando a gestação não passou porum prévio planejamento, quando já apresentam hábitos anteriores a gestação, a baixa escolaridade, ouso de tabaco e drogas ilícitas, e situação de vulnerabilidade socioeconômica.

É importante apontar que a estruturação e a estabilidade que cercam a vida de uma gestante são essenciais para que esta siga emu ma gestação livre de riscos como a SAF, para que assim se evite os diversos riscos que cercam a ingesta de alcool durante a gestação, como o nascimento de uma criança pequena para a idade gestacional, disfunções neurocognitivas, dentre outras (CARTER et al.,2016).

Em concordância, é citado por Boing et al. (2021), que os fatores relacionados a ingestão de alcool por gestantes são idades mais avançadas, pois mulheres mais velhas tem a maior possibilidadede possuirem hábitos de vida e vícios de dificil controle. Sendo considerado ainda, de acordo com Cruz et al., (2019), o estado nutricional subnutrido, pois quando associado a ingesta alcoolica leva auma dificil gestação e consequentemente a danos fetais. Arribas et al. (2021), cita como agravante a debilidade da saúde mental como um fator primordial no consume de alcool durante a gestação, o quepode levar a menor realização de consultas pré-natais, e consecutivamente menos orientações acerca do efeito nocivo da ingesta alcoolica para o feto (ARRIBAS et al., 2021).

É importante estimular o conhecimento das gestantes acerca do alcool e do seu efeito nocivoao feto, tendo em vista que este possui efeitos negativos desde o período gravídico, independentemente da quantidade que a mulher ingeriu, pois a substância ultrapassa a camada placentária, deixando o feto em desenvolvimento em exposição a elevados níveis de álcool (SUBRAMONEY et al., 2018).

O conhecimento acerca dos maleficios da ingestão alcoolica durante a gestação é imprescindível para que a gestante não venha a consumi-la, no entanto, é citado pelo autor que a faltade conhecimento acerca da temática é preocupante, sendo necessário reforçar esses aspectos duranteo pré-natal (AGIRESAASI, et al. 2021). De acordo com Gutierrez et al. (2020), o aconselhamento efornecimento de informações acerca da ingesta alcóolica e seus malefícios durante a gestação são essenciais para a conscientização destas acerca da ingesta de álcool. O estudo realizado por Fonsecaet al. (2021), evidencia que 46% das mulheres entrevistadas apresentava conhecimento deficiente acerca dos malefícios do álcool.

Sendo assim, é enfatizado que as medidas preventivas relacionadas a SAF, se dá principalmente através do fornecimento de informação a mulheres durante a vida e principalmente durante o pré-natal, para que assim essas estejam conscientes dos efeitos teratogêncos do álcool durante a gestação e seus malefícios ao feto (CAMPELO et al., 2018).

Evidenciou-se que são muitos os fatores relacionados a ingesta alcóolica por gestantes, sendoobservados os fatores socioeconomicos como o desemprego, falta de moradia fixa e instabilidade financeira, as vulnerabilidades sociais, como a ausência familiar e de um cônjuge. Dessa forma, nota-se a importância de uma rede de apoio a gestante, que passa por importantes alterações fisiológicas, hormonais e emocionais, sendo necessário ainda a criação de políticas públicas que atuem neste viés,tendo em vista sua elevada morbidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do desenvolvimento desse estudo, ficaram evidenciados fatores relacionado a ingestade álcool por gestantes durante o ciclo gravídico e os e feitos da ingestão de álcool para odesenvolvimento fetal, sendo compreendido que essa substância pode vir a causar danos irreversíveispara o desenvolvimento da criança pós natalidade e

que perdurarão por toda a vida.

Os principais efeitos da ingestão de álcool para o desenvolvimento fetal evidenciados atravésdesse estudo forma: maior probabilidade de desenvolver anomalias, risco de aborto, redução do crescimento fetal, redução do perímetro cefálico, risco aumentado de microcefalia, hemorragias pré-parto, parto pré-maturo, aborto, baixo peso fetal, anormalidade no SNC, alterações na formação muscular, do sistema ósseo, alterações na mielinização, desenvolvimento insuficiente do nervo óptico, a SAF, morte celular, prejuízo na formação de novas células, alterações de migração celular,produção de neurotransmissores e formação de sinapses.

Foram evidenciados ainda através desse estudo, os fatores relacionados a ingesta de álcool por gestantes durante o ciclo gravídico: ausencia de um companheiro fixo, baixa escolaridade, baixonível socioeconômico, gravidez indesejada e/ou não planejada, idade superior a 30 anos, uso de tabaco e drogas ilícitas, com estado nutricional considerado subnutrido, problemas de saúde mental, que sofreram abuso sexual, que realizaram menos consultas pré-natais, e que possuem parceiros quetambém consomem álcool.

REFERÊNCIAS

[1] AGIRESAASI, A.; et al. Various forms of alcohol use and their predictors among pregnant women in post conflict northern Uganda: a cross sectional study. **Subst Abuse Treat Prev Policy.** 2021 Jan 4;16(1):3.

[2] ARRIBAS, Carlos Gustavo da Silva Martin et al. Estudo transversal sobre o consumo de drogas por gestantes em quatro hospitais públicos do município de Recife a partir da aplicação do Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). **Rev. méd. Minas Gerais**, p. 31109-31109, 2021.

[3] BARBOSA, Ana Valéria Cardoso; SOUSA, Deborah Pereira dos Anjos. Prevalência de atividades físicas, níveis de estresse e qualidade de vida em mulheres gestantes do Distrito Federal. 2022.

[4] BAPTISTA, Flavia Hashizume et al., Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool durante a gravidez. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 17 (2): 281-289 abr-jun., 2017.

[5] BESSLER, Danielle et al. Práticas de cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal com histórico de consumo de álcool e outras drogas: perspectiva da enfermagem. 2018.

[6] BOING, Antonio Fernando et al., Variáveis individuais e contextuais associadas ao tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez. Rev Bras Enferm. 2021.

[7] CAIRES. T. L. G., SANTOS. R. da S., RIBEIRO. L. da C. C., EL PRE-NATAL, E. E. (2019).

[8] Prevenção do consumo de bebida alcoólica durante a gestação: atuação de enfermeiras no pré-natal prevention of alcoholic drink consumption during pregnancy: nurses'performance in prenatal care prevención del consumo de bebida alcohólica durante la gestación: actuación de. ***Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, *9*, 2938.**

[9] CAIRES. T. L. G., SANTOS. R. da S. Malformação e morte X Alcoolismo: perspectiva da Enfermagem com a Teoria da Transição em gestantes. Rev Bras Enferm. 2020;

[10] CAMPELO, L. L., et al. Efeitos do consumo de drogas parental no desenvolvimento e saúde mental da criança: revisão integrativa. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas, 14(4), 245-256, 2018.

[11] CARTER, R. C., et al. Fetal alcohol growth restriction and cognitive impairment. Pediatrics, 138(2), 2016.

[12] CRUZ, S.S.; et al. Consumo de bebida alcoólica, excesso de peso pré-gestacional e outros fatores associados em usuárias do serviço público de Saúde no Vale do São Francisco, Nordeste, Brasil. Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, *21*(1), 55–61, 2019.DA SILVA AMORIM, Marina Veiga; BIANCO, Claudia Daniele; DE SOUZA BROCARDO, Patricia. O uso de questionários na investigação do consumo mundial de bebidas alcoólicas por gestantes: uma revisão sistemática.

VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde, v. 33, n. 3, p. 112-133, 2021.

[13] FERNANDES, Eduardo. SÁ, Marcos. Tratado de obstetrícia Febrasgo. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

[14] FIOCRUZ. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/drogas_licitas.html Acesso em: 18/04/2022.

[15] FONSECA, G.F.M.; et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool em gestantes adultas de uma maternidade pública no Rio de Janeiro. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.9, p. 87986-88004 sep. 2021.

[16] FONTAINE, Ana Luiza SP et al. OS RISCOS DO USO DE ÁLCOOL DURANTE A GESTAÇÃO:UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 3, 2020.

[17] GUTIERREZ, I.C.; et al. Understanding the Relationship between Predictors of Alcohol Consumption in Pregnancy: Towards Effective Prevention of FASD. **Int J Environ Res Public Health.** 2020 Feb 21;17(4):1388.

[18] JUSTINA, Vanessa dela et al., Avaliação de prescrições medicamentosas para gestantes da Amazônia Legal. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 18 (4): 745-754 out-dez., 2018.

[19] LANGE, S.; et al. Fetal alcohol spectrum disorder: Neurodevelopmentally and behaviorally indistinguishable from other neurodevelopmental disorders. **BMC psychiatry**, 19(1), 1-10, 2019.

[20] LIMA, Filipa Cabral Tavares de. **Conhecimentos e práticas de um grupo de médicos sobre o consumo de álcool na gravidez: estudo qualitativo**. 2020. Tese de Doutorado.

[21] GUIMARÃES, Vanessa Alves et al. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool durante a gestação em uma maternidade de Goiás, Brasil Central. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 3413- 3420, 2018.

[22] MARANGONI, Sonia Regina et al., VULNERABILIDADE DE GESTANTES USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO. Texto & Contexto Enfermagem 2022.

[23] NETO, Corintio Mariani et al. Efeitos do álcool no feto e no recém-nascido. Femina, v. 47, n. 3, p. 167-9, 2019.

[24] NERY, Bruno Leonardo Soares. Efeitos do álcool na gestação e seus impactos no neonato: uma revisão integrativa. 2014.

[25] MARQUES. Bruna Leticia et al., Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Esc Anna Nery 2021.

[26] MARANGONI, SÔNIA REGINA et al. Perfil sociodemográfico das mulheres usuárias de álcool e outras drogas na gravidez. **Uningá Review Journal**, v. 30, n. 3, 2017.

[27] MEUCCI, Rodrigo Dalke et al. Consumo de bebida alcoólica durante a gestação entre parturientes do extremo sul do Brasil. 2017.

[28] MONTEIRO, Maristela Goldnadel. A iniciativa SAFER da Organização Mundial da Saúde e os desafios no Brasil para a redução do consumo nocivo de bebidas alcoólicas. Epidemiologia e Serviçosde Saúde, v. 29, p. e2020000, 2020.

[29] PEREIRA, Priscila Perez da Silva et al., Maternal Exposure to Alcohol and Low Birthweight: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2019; 41:333–347.

[30] PEREIRA, Lilianny Medeiros; VILEICAR, Danielle Correia; UCHÔA, Mirlla Michelle Alves. Neurorreabilitação com o Método Padovan® em recém-nascidos com síndrome alcoólica fetal: relatode 2 casos. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 2, p. 214-216, 2018.

[31] REIS, Adriana Teixeira; GAMA, Vanessa Cavalcanti; DA SILVA SANTOS, Rosângela. Síndrome alcoólica fetal: reflexões para a prática de enfermagem obstétrica e neonatal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, n. 4, p. 1488-1494, 2010.

[32] RODRIGUES, Alesandro Lima; DE SOUZA, Denisa Rosa; DE LIMA BORGES, Jovane. Consequências do uso de álcool e cigarro sobre o binômio mãe-feto. DêCiência em Foco, v. 2, n. 1, p. 53-62, 2018.

[33] SANTOS, Dreike Fraga et al., Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a

violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 30(4):e20201064, 2021.

[34] SEGRE, Conceição Aparecida de Mattos et al. Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido. **São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo**, v. 2, 2010.

[35] SANTOS, Rosângela Silva; ESTEFANIO, Marselle Pimenta; FIGUEIREDO, Raissa Muniz. Prevenção da síndrome alcoólica fetal: subsídios para a prática de enfermeiras obstétricas [Preventionof fetal alcohol syndrome: input to obstetrical nurses' practice]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25,p. 27793, 2017.

[36] SEGRE, Conceição Ap Mattos. **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido [livro eletrônico]** 2. ed. -- São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2017.

[37] SEGRE, Conceição Ap Mattos. Grupo de trabalho efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido sociedade de pediatria de são paulo atualizações científicas sobre a síndrome alcoólica fetal (saf), 2020.

[38] SEGRE, C. A. Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido. Disponível em sociedade de pediatria de são paulo. 2017.

[39] SILVA, T.P.; et al. Síndrome alcoólica fetal e consequências no neurodesenvolvimento infantil: uma revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e23511528091, 2022.

[40] SUBRAMONEY, S., et al. The Early Developmental Outcomes of Prenatal Alcohol Exposure: A Review. Frontiers in neurology, 9, 1108, 2018.

[41] ZANOTI-JERONYMO, DANIELA VIGANÓ et al. Repercussões do consumo de álcool na gestação - estudo dos efeitos no feto. **Braz J Surg Clin Res [Internet]**, v. 6, n. 3, 2014.

CAPÍTULO

28 Aspectos emocionais da gestante com HIV: uma revisão narrativa

Claudeane da Silva Lima[1], Graciana de Sousa Lopes[2]

1. INTRODUÇÃO

De acordo com estimativas recentes, aproximadamente 33,4 milhões de pessoas em todo o mundo estão infectadas com HIV. No Brasil, no final de 2008, existiam 34.888 casos notificados oficialmente de infecção pelo HIV em todas as fases da infecção (ALMEIDA; BORGES; OLIVEIRA, 2020).

Destes, cerca de 25% das pessoas vivendo com HIV/AIDS são mulheres, e dessas, aproximadamente 75% estão em idade fértil. Porque a maioria das mulheresinfectadas pelo HIV está em idade reprodutiva, a questão da transição para a maternidade é atualmente um assunto de maior e maior importância (BELLOTO et al.,2019).

Para mais, diante a normativa ou não normativa, mudanças e transições são acompanhadas pelo estresse do indivíduo, embora tornar-se mãe seja geralmente pensado como experiência positiva, a transição para a maternidade também pode apresentar muitos desafios. Historicamente, pesquisadores concentraram-se em compreender os fatores que aumentam a probabilidade de sofrimento emocional, mas menos exploraram dimensões positivas, como a QV (ALMEIDA; BORGES; OLIVEIRA,2020).

Essa exploração é necessária porque, como uma grande transição de vida, tornar-se uma mãe também oferece às mulheres uma oportunidade de crescimento pessoal significativo e pode apresentar uma oportunidade para um maior bem-estar. A qualidade de vida tem se tornado um fator cada vez mais importante de resultado ao avaliar o impacto de condições específicas e emergiu como uma dimensãoimportante dentro da gravidez, embora a maioria das pesquisas têm sido conduzidasprincipalmente no período pós-parto (LIMA et al., 2022).

De fato, o estado psicológico durante a gravidez tem sido tradicionalmente caracterizado por ansiedade e depressão, ignorando em grande parte o complexo psicológico inter-relações que caracterizam a gravidez e, principalmente, ignorando dimensões positivas, como a QV. Sobre essa linha de pensamento, consistente com o foco no emocional a angústia, onde houve menos relatos de emoções positivas embora a gravidez seja frequentemente desejada e planejada é provável que haja sentimentos de felicidade (NEMER et al., 2019)

Os sintomas físicos são comuns na gravidez e são principalmente associadoscom as alterações fisiológicas normais que ocorrem e podem impactar a QV. No entanto, as limitações de QV durante a gravidez não se restringem ao funcionamentofísico ou sintomas somáticos, mas incluem mais prejuízos na QV, como fadiga e sofrimento emocional, que também foram reconhecidos (ALMEIDA; BORGES; OLIVEIRA, 2020).

[1] Acadêmico de Enfermagem CEUNI-FAMETRO.
[2] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO.

Na verdade, evidências mostraram que o estado emocional pode ter um papel significativo a desempenhar na QV. Apesar disso, poucos estudos consideraram essas relações em gestantes e puérperas precoces. Alguns deles relataram que níveiselevados de sintomas depressivos estão fortemente correlacionados com o bem-estarrelacionado à saúde e percebido em mulheres grávidas (SILVA et al., 2019).

Deste modo, mais recentemente, Pereira (2019) descobriram que as mulheresque vivenciam o pós-parto comportando-se de humor deprimido teve uma pontuação significativamente menor nos testes físicos e QV mental. A gravidade do humor deprimido não foi associada a pior saúde física, mas contribuiu para a piora dasaúde mental.

Dado que o HIV se manifesta de forma diferente nas mulheres do que nos homens, destacou em seus estudos que a QV nas mulheres vivendo com HIV tem sido severamente pouco estudada, tornando-se importante identificar a inter-relação entre QV e sofrimento psíquico em mulheres e, particularmente, entre as mulheres grávidas (CAVALCANTE et al., 2021)

Portanto, o objetivo principal deste estudo é descrever o sofrimento emocional durante a gestação de mulheres infectadas por HIV, cujos objetivos são: desafios frente a gestantes com HIV.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. DESAFIOS FRENTE A GESTANTE COM HIV

O HIV na gestação afeta a qualidade de vida das mulheres e traz repercussões negativas para o binômio mãe-filho, principalmente quando o diagnóstico é realizado tardiamente, tornando a eliminação da transmissão vertical do HIV algo cada vez mais distante (TRINDADE et al., 2021).

A gravidez e o período pós-parto são momentos de mudanças biológicas, sociais e psicológicas significativas para a mulher e o HIV acrescenta outra camada de complexidade. Para WWH, a gravidez pode ser um momento de maior vulnerabilidade psicológica devido a diferentes fatores contextuais, questões de revelação e estigma relacionado ao HIV. Além disso, além do estresse usual da novamaternidade, a WWH também deve lidar com estressores que incluem sua própria saúde, os estados infecciosos desconhecidos de seus bebês e atender às necessidades exclusivas de seus bebês, como a administração de medicamentos antirretrovirais profiláticos (MOSEHOLM et al., 2022).

As grávidas soropositivas enfrentam desafios psicossociais durante a gravideze o parto, incluindo sofrimento emocional e medo da transmissão perinatal, estigma falta de apoio social, insegurança alimentar e pobreza, desafios relacionados àrevelação do status de HIV, violência, e preocupações com sua própria saúde física esobrevivência (ASHABA et al., 2017).

Atualmente, 36% e 21% das mulheres grávidas soropositivas (MVB)apresentam sintomas depressivos durante a gravidez e o período pós-parto, respectivamente. A depressão entre MVB perinatal tem implicações substanciais para a saúde materno-infantil, pois a depressão está associada à progressão da doença pelo HIV, bem como à não adesão à terapia antirretroviral, e redução do aleitamento materno exclusivo, componentes críticos das estratégias de prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho (TUTHILL et al., 2021).

Dado que tanto a gravidez quanto a vida com HIV foram associadas de forma independente à saúde mental precária entre adolescentes, vivenciar a sindemia de gravidez na adolescência e viver com HIV pode agravar a experiência de saúde mentalruim. Tais experiências também podem ter uma relação bidirecional com problemas de saúde mental (ROBERTS et al., 2022).

2.2. DIFICULDADE DA GESTANTE COM HIV EX:DIFICULDADE QUE ESSAS MULHERES ENFRENTAREM COM HIV DIFICULDADE DE ACESSO, MEDO, VERGONHA)

Por ser um período de fragilidade, as mulheres precisam de apoio, e no caso das gestantes soropositivas, além das fragilidades normais da gestação, elas compartilham o receio do julgamento social, a falta de apoio familiar e conjugal, o que dificulta o início do tratamento para o HIV, e amplia riscos e consequências da transmissão vertical (PIAU et al., 2023).

As evidências existentes sugerem que o HIV em mulheres em geral leva a umasérie de desafios de saúde mental, incluindo estresse, ansiedade, depressão, tristeza e constrangimento. Os estressores para esses problemas de saúde mental em MVHIVvariam e incluem estágio avançado da infecção pelo HIV, condição física debilitada eo medo de quebrar a confidencialidade de seu status de HIV, o que pode causar mais impactos negativos sobre si e sua família (FAUK et al., 2022).

Para a gestante, reconhecer-se com sorologia positiva para o HIV representa mudanças no valor atribuído à própria vida, bem como a do feto que está em seu ventre, com repercussões nas relações interpessoais, tendo em vista os estigmas e estereótipos que o HIV carrega desde o surgimento de sua epidemia. Ademais, muitasmulheres grávidas com HIV têm medo de enfrentar a sociedade, em decorrência dospreconceitos e estigmas, ainda presentes nos dias de hoje (FREIRE et al., 2021).

Os transtornos de saúde mental em gestantes soropositivas devem ser compreendidos no contexto das circunstâncias de vida da mulher. Muitas mulheres são recentemente diagnosticadas com HIV durante a gravidez. Receber um resultadopositivo do teste de HIV é um evento de vida chocante, criando preocupação com o futuro e o medo de transmitir o vírus ao feto (NGOCHO et al., 2019).

O sofrimento psicológico em mulheres grávidas HIV positivas é digno de atenção, dado que estudos relacionados muitas vezes descobriram que o sofrimento psicológico elevado está relacionado com a extensão dos cuidados que as mães fornecem a seus bebês e a incidência de transmissão de mãe para filho (OGUEJI, 2021).

3. METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, exploratória do tipo revisão narrativa da literatura. A “revisão narrativa” não aplica critérios explícitos e sistemáticos para a buscae análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes deinformações. É adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos (UNESP, 2015)

Para coleta de dados, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) mediantes os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS) cruzados com operador boleano END “Emocional”, END “Qualidade de Vida” END

“HIV”.

Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa e língua inglesa, publicados no período de 2018 a 2023, que tratam do tema pesquisado. Critérios de inelegibilidade foram: Artigos com texto incompleto, resumos,monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os estudos de Davey et al. (2018), as gestantes soropositivas são particularmente vulneráveis a potencial reinfecção por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST’s), que podem elevar o risco de transmissão vertical e horizontal do HIV. Em um outro estudo realizado por Fonseca et al. (2022), afirma-se que a infecção pelo vírus HIV pode estar sobrecarregando, psicologicamente e emocionalmente, as mulheres, em particular as mães adolescentes.

Elas possuem maior risco de desenvolver distúrbios emocionais, como ansiedade, estresse e depressão antes, durante e a após o parto. Isso sgnifica dizer que a soropositividade para HIV, além de ser uma infecção com grande potencial de risco para a saúde das mulheres gestantes, pode ser um fator deprimente significativona vivência das mães mais jovens, dessa forma intensificando os desafios já enfrentados pelas grávidas portadores do HIV no dia a dia.

Em concordância com Trindade et al. (2021), a infecção pelo HIV na gestação acomete a qualidade de vida das mães e traz repercussõesnegativas para o binômio mãe-filho, principalmente quando o diagnóstico é realizado tardiamente. Para Moseholm et al. (2022), Em mulheres gestantes portadoras de HIV+, o processo gestacional pode ser um momento de maior vulnerabilidade psicológica mediante a diveros fatores relacionado a infecção pelo vírus que podem envolver desde problemas psicossociais à problemas com a prórpia saúde, saúde do bebê, estigmassociais, condições financeiras , revelação do status do HIV, aceitação do parceiro e entre muitas outras. Isso pode sugerir que a mulher gestante disgnosticada com doença pode adquirir novos problemas de saúde mental resultantes das preocupações que o HIV trás em sua vida.

Segundo Andrews et al. (2018), Embora mulheres grávidas com HIV sejam mais propensas a serem vinculadas aos cuidados de HIV do que mulheres não grávidas com HIV, a vinculação pode ser tardia ou ausente e algumas mulheres podem não receber as intervenções de prevenção perinatal recomendadas (por exemplo, TARV, cesariana programada, zidovudina intraparto) devido a problemas relacionados ao provedor ou à instalação. Em outro estudo desenvolvido por Ozim et al. (2023) a saúdegeral precária e a capacidade imunológica comprometida de mulheres vivendo com HIV, especialmente aquelas em estágio avançado da infecção, podem torná-las maissuscetíveis a maior risco de complicações obstétricas e resultados perinatais adversos, incluindo infecções intrauterinas, feto retardo de crescimento, sepse puerperal, gravidez ectópica, hemorragia, baixo peso ao nascer e parto prematuro.

Sugere-se que o risco de morte materna tende a aumentar oito vezes em mulheres grávidas vivendo com HIV. A transmissão perinatal do HIV é um grande desafio da epidemia de HIV/AIDS, representando 90% de todo o HIV pediátrico em todo o mundo.

Consoante a Ramlagan et al.(2019), os motivos pelos quais as gestantes soropositivas não aderem ao medicmaneto anti-HIV TARV podem ser: os efeitos colaterais, logística, falta de medicamentos e suprimentos, medo e vergonha ao revelar o status de HIV ao parceiro, estigma e demanda relacionada ao trabalho. Combase no estudo de Peltzer et al. (2018), verificou-se os impactos negativos. enfrentados pela gestante com HIV ocorridos no início da terapia antirretroviral (ART),pode estar relacionado a adesão e a permanência nos cuidados a longo prazo entre essas mulheres. Muitas mulheres convivendo com HIV temem receber tratamento emclínicas de HIV onde acreditam que haverá aumento de suas visibilidades associada ao HIV e assim acabam gerando sentimentos de serem julgadas.

Conforme os estudos de Pontiki et al.(2022), uma das princioais dificuldades que podem surgir na vida gestante soropositiva está relacionada com a própria gravidez que pode influenciar consideravelmente na aceitação do TARV, uma vez que a adesão diminuida pode ser intensificada pelas crenças das mulheres sobre danos potenciais ao feto em desenvolvimento.

Este tipo de atitude pode impactar a saúde materna e elevar as taxas de transmissão vertical do HIV. No estudo criado por Bengtson et al. (2023), afirma-se que a depressão peinatal representa uma importante dificuldade para a terapêutica anti-HIV. As gestantes enfrentam desafios únicos, incluindo receber um diagnóstico de HIV, medo da revelação, estigma e preocupações com a transmissão vertical do HIV.

Estes estudos podem sugerir que a infecção por HIV, além de causar a doençae sua fisiopatologia deprimente na saúde da mulher gestante gera diversas dificuldades das quais impactam a saúde mental de gestantes adolescentes, jovens eadultas levando as mesmas a tomarem atitudes inesperadas por conta do medo, sentimento de angústia, ansiedade, depressão e estigmas sociais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres grávidas infectadas pelo HIV são particularmente vulneráveis apotencial reinfecção, viremia e infecções sexualmente transmissíveis (DST), que podem aumentar o risco de transmissão vertical e horizontal do HIV. Também conclui que as mães adolescentes tem maior risco de desenvolver distúrbios emocionais, como ansiedade, estresse e depressão durante a gravidez, mas também depressão pós- parto.

Identificou-se também que algumas barreiras importantes contribuíram para à revelação do status de HIV, incluindo preocupações sobre separação ou divórcio, conflitos com um parceiro, violência por parceiro íntimo e estigma na família ou na comunidade. Mulheres gestantes com HIV podem se deparar com desafios que incluem o sentimento de solidão, as dificuldades em falar com os outros sobre sua condição sorológica (mesmo para o companheiro ou para os filhos), ou ainda, com a insegurança e medo de perder amigos, familiares ou seus filhos.

Em particular, o estado de gravidez pode influenciar consideravelmente a adesão ao tratamento do Hiv com a TARV, uma vez que a adesão reduzida pode serintensificada pelas crenças das mulheres sobre danos potenciais ao feto em desenvolvimento. Mas, até o tratamento pode se tornar um desafio na vida da mulher,pois algumas consideram muito difícil levar adinate o tratamento longo com medicamentos anti-HIV.

Conclui também que, as intervenções para reduzir a transmissão vertical do HIV

durante o período pré-natal incluem terapia antirretroviral (ART), cesariana antes do trabalho de parto e evitar a amamentação após o parto . Essas intervenções podem reduzir o risco de transmissão do HIV de mãe para filho de 25 a 30% para menos de 1%.

O profissinal de enfermagem está adisposição em ajudar a mulher a entender as suas necessidades, aconselhando de como ela podera passar por esse processo, junto com a sua familia.

REFERÊNCIAS

[1] ALMEIDA, M. F. G. de, BORGES, M. M., & OLIVEIRA, C. M. de. (2020). Percepções sobre adesão ao tratamento e variáveis psicológicas de gestantes soropositivas para o HIV/AIDS.*Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde No Contexto Social*, *8*(3), 392. https://doi.org/10.18554/refacs.v8i3.4558

[2] ANDREWS, M. M., STORM, D. S., BURR, C. K., AARON, E., HOYT, M. J., STATTON, A., & WEBER, S. (2018). Perinatal HIV service coordination: Closing gaps in the HIV care continuum for pregnant women and eliminating perinatal HIV transmission in the United States. *Public Health Reports*, *133*(5), 532–542.https://doi.org/10.1177/0033354918789912

[3] BARBOSA NEMER, C. R., SALES, B. L. D., RANIERI, B. C., LEMOS, L. L., SANTOS, I. S.R., PENA, F. P. da S., DA SILVA, M. P., & TEIXEIRA, E. (2019). Hiv e teste rápido: representações sociais de gestantes. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, *13*(June 2019). https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239280

[4] BELLOTTO, P. C. B., LOPEZ, L. C., PICCININI, C. A., & GONÇALVES, T. R. (2019). Between the woman and saving the baby: Hiv-positive women's experiences of giving birth. *Interface:Communication,Health, Education*, *23*, 1–15.https://doi.org/10.1590/Interface.180556

[5] BENGTSON, A. M., FILIPOWICZ, T. R., MPHONDA, S., UDEDI, M., KULISEWA, K., MELTZER-BRODY, S., GAYNES, B. N., Go, V. F., CHIBANDA, D., VERHEY, R.,

[6] HOSSEINIPOUR, M. C., & PENCE, B. W. (2023). An Intervention to Improve Mental Healthand HIV Care Engagement Among Perinatal Women in Malawi: A Pilot Randomized Controlled Trial. *AIDS and Behavior*. https://doi.org/10.1007/s10461-023-04070-8

[7] CAVALCANTE, M. A. E. da S., RODRIGUES, S. T. C., SANTOS, A. A. P. dos, SANCHES, M. E. T. de L., ALVES, S. M., SANTOS, L. T. O. dos, & ALVES, T. L. (2021). O impacto dodiagnóstico do HIV na gravidez ou pós-parto e seus efeitos na vida das mulheres: revisãointegrativa de literatura. *Research, Society and Development*, *10*(3), e17010313157. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13157

[8] DAVEY, D. J., FARLEY, E., GOMBA, Y., COATES, T., & MYER, L. (2018). Sexual risk during pregnancy and postpartum periods among HIV-infected and –uninfected South African women: Implications for primary and secondary HIV prevention interventions. *PLoSONE*, *13*(3), 1–11. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192982

[9] FAUK, N. K., MERRY, M. S., MWANRI, L., HAWKE, K., & WARD, P. R. (2022). Mental Health Challenges and the Associated Factors in Women Living with HIV Who Have Children Living with HIV in Indonesia: A Qualitative Study. *Original Article*,*19*(11), 1–12. https://doi.org/10.3390/ijerph19116879

[10] FREIRE, D. D. A., OLIVEIRA, T. da S., CABRAL, J. da R., ANGELIM, R. C. D. M., OLIVEIRA, D. C. De, & ABRÃO, F. M. da S. (2021). Representações sociais do HIV/AIDSentre gestantes soropositivas. *Artigo Original*, *55*, 1–9.

[11] FONSECA, B. S. da, PIRAN, C. M. G., SHIBUKAWA, B. M. C., FURTADO, M. D., HIGARASHI, I. H., & MERINO, M. de F. G. L. (2022). *Integrativa, A maternidade e a transmissão vertical do HIV/Aids em gestantes adolescentes soropositivas: Revisão*.

[12] FORTES, J. M. da S., SILVA, B. A. da, & ARAÚJO, R. V. (2021). Assistência de enfermagem às gestantes diagnosticadas com HIV no pré-natal: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, *10*(6), e0710615504. https://doi.org/10.33448/rsd- v10i6.15504

[13] GONÇALVES, T. M., SOUZA, A. L., GONÇALVES, I. de S., & PATRÍCIA, A. C. F. de A. (2022). Cuidados de enfermagem e manifestações clínicas de gestantes hiv positivo: revisão da literatura. *Journal*

of cybertherapy and rehabilitation, *2*(1), 35

[14] GUIMARÃES, J. V., MARTINS, M. D., CRUZ, S. DE S. da, & GUIMARÃES, M. R. (2019). Assistência Do Enfermeiro Obstetra À Puérpera. *Artigo de Original*, *9*(28), 37–43.

[15] LIMA, C. F., SILVA, A. C., SILVA, L. G. G. DA, FERREIRA, F. M., & NARCHI, N. Z. (2022). A percepção de ser mãe e conviver com HIV: revisão de literatura. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 05–42.https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/conviver-com-hiv

[16] MEDINA-MARINO, A., GLOCKNER, K., GREW, E., DE VOS, L., OLIVIER, D., KLAUSNER, J., & DANIELS, J. (2020). The role of trust and health literacy in nurse-delivered point-of- care STI testing for pregnant women living with HIV, Tshwane District, South Africa. *BMC Public Health*, *20*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08689-3

[17] MOSEHOLM, E., AHO, I., MELLGREN, Å., JOHANSEN, I. S., STORGAARD, M., PEDERSEN, G., SCOFIELD, D., KATZENSTEIN, T. L., & WEIS, N. (2022). The experience of pregnancy among women living with HIV in Nordic countries: A qualitative narrative enquiry. *Women's Health*, *18*. https://doi.org/10.1177/17455065211068688

[18] NGOCHO, J. S., WATT, M. H., MINJA, L., KNETTEL, B. A., MMBAGA, B. T., WILLIAMS, P., & SORSDAHl, K. (2019). Depression and anxiety among pregnant women living with HIV in Kilimanjaro region, Tanzania. *Original Article*, *14*(10), 1–15. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224515

[19] NORDBERG, B., GABRIEL, E. E., WERE, E., KAGUIRI, E., EKSTRÖM, A. M., KÅGESTEN, A., & RAUTIAINEN, S. (2020). Social concerns related to HIV status disclosure and participation in the prevention of mother-to-child transmission of HIV care among pregnant women in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12884-020-02907-x

[20] OGUEJI, I. A. (2021). Experiences and predictors of psychological distress in pregnant OMONAIYE, O.,USLJIC, S., NICHOLSON, P., & MANIAS, E. (2018). Medication adherence in pregnant women with human immunodeficiency virus receiving antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMC Public Health*, *18*(1), 1–20. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5651-y

[21] OZIM, C. O., Mahendran, R., Amalan, M., & Puthussery, S. (2023). Prevalence of human immunodeficiency virus (HIV) among pregnant women in Nigeria: a systematic review andmeta-analysis. *BMJ Open*, *13*(3), 1–12. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050164

[22] PACHECO, J. O., VALE, G. da C., SANTOS, W. A. R. dos, CRUZ NETO, M. S. da, CUNHA, A. G., NEGRÃO, R. de J. da S., VILHENA, A. O. de, CARVALHO, T. dos S., LOBO, T. S.,& COSTA, S. D. M. (2022). O enfermeiro acerca do cuidado a gestante que convive com ovírus hiv-1: uma revisão integrativa de literatura. *Artigo de Revisão*, *11*(6), e54011629410.https://doi.org/10.33448/rsd- v11i6.29410

[23] PIAU, G. M. C., GUIMARÃES, M. S. de A., AMÂNCIO, N. DE F. G., & GIL, F. R. (2023). Repercussões do vírus HIV em gestantes soropositivas e os desafios enfrentados por elas:uma revisão de literatura. *Artigo de Revisão*, *12*(1), e2112139281. https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39281

[24] PORTELA, L. M. dos S. R., NERY, S. B. M., BEZERRA, G. M. D., MENDES, J. S. A., OLIVEIRA, G. A. L. DE, & COSTA NETO, A. M. da. (2021). Assistência de enfermagem nopré-natal de soropositivas: uma revisão integrativa. *Artigo de Original*, *10*(2), e28910212265. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12265

[25] PELTZER, K., BABAYIGIT, S., RODRIGUEZ, V. J., JEAN, J., SIFUNDA, S., & JONES, D. L. (2018). Effect of a multicomponent behavioural pmtct cluster randomised controlled trialon hiv stigma reduction among perinatal hiv positive women in mpumalanga province, southafrica. *Sahara J*, *15*(1), 80–88. https://doi.org/10.1080/17290376.2018.1510787

[26] PONTIKI, G., SARANTAKI, A., NIKOLAIDIS, P., & LYKERIDOU, A. (2022). Factors Affecting Antiretroviral Therapy Adherence among HIV-Positive Pregnant Women in Greece: An Exploratory Study. *Healthcare (Switzerland)*, *10*(4), 1–10. https://doi.org/10.3390/healthcare10040654

[27] PRASAD, R., JAISWAL, A., PRASAD, R., & WANJARI, M. B. (2023). The Vital Role of Public Health Nurses in Perinatal HIV Prevention and Elimination. *Cureus*, *15*(5). https://doi.org/10.7759/cureus.38704 RAMLAGAN, S., MATSEKE, G., RODRIGUEZ, V. J., JONES, D. L., PELTZER, K.,

[28] RUITER, R. A. C., & SIFUNDA, S. (2018). Determinants of disclosure and non-disclosure of hiv-positive status, by pregnant women in rural south africa. *Sahara J*, *15*(1), 155–163. https://doi.org/10.1080/17290376.2018.1529613

[29] RAMLAGAN, S., RODRIGUEZ, V. J., PELTZER, K., RUITER, R. A. C., JONES, D. L., & SIFUNDA, S. (2019). Self-Reported Long-Term Antiretroviral Adherence: A Longitudinal Study Among HIV Infected Pregnant Women in Mpumalanga, South Africa. *AIDS and Behavior*, *23*(9), 2576–2587. https://doi.org/10.1007/s10461-019-02563-z

[30] ROBERTS, K. J., SMITH, C., CLUVER, L., Toska, E., ZHOU, S., BOYES, M., & SHERR, L.(2022). Adolescent Motherhood and HIV in South Africa: Examining Prevalenceof CommonMental Disorder. *Original Article*, *26*(4), 1197–1210. https://doi.org/10.1007/s10461-021- 03474-8

[31] SALOIO, B., MAZUZE, D., VÁZQUEZ, P. A., LANGA, S. M., & POLEJACK, L. (2023). *Silenced voices: experiences of people living with HIV in the province of Gaza, Mozambique*.

[32] TRINDADE, L. N. M., NOGUEIRA, L. M. V., RODRIGUES, I. L. A., FERREIRA, A. M. R., CORRÊA, G. M., & ANDRADE, N. C. O. (2021). Infecção por HIV em gestantes e osdesafiospara o cuidado pré-natal. *Artigo Original*, *74*(Suppl 4), 1–7.

CAPÍTULO

29

Fatores contribuintes associados a síndromes hipertensivas gestacionais: uma breve revisão narrativa

Jessiane da Conceição Silva[1], Luciana Lalor Onety[2], Graciana de Sousa Lopes[3]

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome Hipertensiva Especifica da Gestação (SHEG) é uma ocorrência de grande morbimortalidade materna e perinatal. Que pode se apresentar, como hipertensão crônica (observada antes da gestação ou até 20° semana gestacional), pré-eclâmpsia (definida pela presença de hipertensão e de proteinúria após a 20° semana de gestação podendo ser leve ou grave),eclampsia (caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-crônicas generalizadas ou coma em mulheres com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva), pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão (BRITO; FORTES, 2017).

A pré-eclâmpsia pode surgir anterior a 20° semana de gestação, na moléstia trofoblastica gestacional que é a proliferação de tecido trofoblastico em gestantes, que tenham passado recentemente por gestação, sendo predominante em mulheres primigestas. Assim, a SíndromeHipertensiva Especifica da Gestação (SHEG), quando não tratada, evolui naturalmente para as formas graves entre elas, a eclampsia e a síndrome de (HELLP) que é quando o paciente apresenta hemólise, níveis elevados de enzimas hepáticas e contagem baixa de plaquetas (ABRAHAO, et al., 2020).

As principais complicações que pode ocorre na hipertensão gestacional são maternas e perinatal da pré-eclâmpsia grave são respectivamente, hipertensão e acidente vascular cerebral, eclampsia, descolamento prematuro da placenta (DPP), coagulação intravascular disseminada, insuficiência cardíaca, edema pulmonar, síndrome aspirativa, insuficiência renal aguda e trombose venosa. As síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) ocorrem em cerca de 5% a 10% de todas as gestações no Brasil e estudos apontam que em algumas UTIs obstétricas de nosso país, as internações por agravamentos da hipertensão na gestante chegam a 90% dos casos (PEDRAZA, et al., 2021).

Considerando que a Síndrome Hipertensiva Especifica da Gestação (SHEG), como uma síndrome de uma grande relevância para as pacientes gestantes, por de apresentá-la um grande número de casos nas instituições obstétrico, e ao fato da existência da quantidade de pesquisas envolvendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), à pacientes com Síndrome Hipertensiva Especifica Gestacional (SHEG), nasceu o interesse de construir um formulário especifico para as pacientes, que contemplasse os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem (AMORIM, et al., 2017).

[1] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: jessiane.silva38@gmail.com
[2] Acadêmica de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: lucianafametro2018@gmail.com
[3] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. E-mail: gracilopess@hotmail.com

Vários fatores ocorrem para o desenvolvimento da Síndrome Hipertensiva Especifica Gestacional (SHEG), com a incidência maior quando a presença de situações como obesidade, idade nos extremos da fase reprodutiva, diabetes, hipertensão, nefropatias, história familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia ou eclampsia, dietas hipoprotéicas e hipersônicas, grupo sanguíneo AB, primigestas, gestações múltiplas, hidropisia fetal e a neoplasia trofoblastica (VÁZQUEZ ALVIRA, et al., 2019).

Essa alteração morfológica e funcional no organismo de gestante portadora da Síndrome Hipertensiva Especifica Gestacional, são caudas pelo espasmo arteriolar, que diminuo o diâmetro dos vasos sanguíneos impedindo o fluxo de sangue aos órgãos e elevando a pressão sanguínea. Placenta, rins, fígado e cérebro que têm suas funções deprimida em até 60%, o que comprova queos distúrbios hipertensivos na gravidez são graves(LIMA et al., 2018).

Diante dessa magnitude, estabeleceu-se como ponto de partida que a enfermeira, a enfermeira obstetra, os especialistas em enfermagem obstétrica e a assistência à saúde da mulher têm como premissa legal a atuação como participantes da equipe de saúde no planejamento da assistência de Enfermagem à gestantes, parturientes e puérperas independentemente da classificaçãode risco gestacional (ALVES, et al., 2021).

Portanto, o enfermeiro deve, em conjunto com os demais profissionais, priorizar a detecção dos riscos o mais precocemente possível no pré-natal. Na dinâmica avaliativa de acompanhamento da gestante/puérpera, eles devem estar atentos à reclassificação de risco em cada consulta, bem como durante o trabalho de parto e durante todo o puerpério (AMORIM et al., 2017).

O número de consultas na rede da atenção básica como as visitas domiciliares e tendo como uso de recursos profissionais e tecnológicos dos níveis secundário ou terciário. Com o emprego dessas tecnologias as mulheres acima de 35 anos, podem ter filhos, como um dos fatores de risco para está síndrome hipertensivos (REZENDE, 2020).

Objetivo do estudo é descrever sobre os fatores de riscos associados ás síndromes hipertensivas gestacionais. E os específicos discutir sobre os fatores de riscos associados ás síndromes hipertensivas e descrever sobre as condutas de enfermagem frente às síndromes hipertensivas gestacionais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. EPIDEMIOLOGIA DA INCIDÊNCIA DE ÓBITO.

A pré-eclâmpsia é uma enfermidade multissistêmica, que afeta 3-7% das gestantes e causa alta morbidade e mortalidade, em todo o mundo. Logo, a OMS (Organização Mundial de Saúde) estima que, a incidência seja de 5 a 15% e nos países em desenvolvimento tem um risco de mortalidade de 5 a 9 vezes se comparado, com países de primeiro mundo (XAVIER, 2016).

Nos países da África e Ásia, as alterações hipertensivas são responsáveis por 9% das mortes maternas, enquanto que, na América Latina e no Caribe, o valor era de mais de 25%. Sendo assim, adoença hipertensiva específica gestacional é responsável por cerca de 25.000 mortes maternas na África, 22.000 mortes maternas na Ásia, 3.800 mortes maternas na América Latina e no Caribe e 150 mortes maternas nos países industrializados (OLIVEIRA et al., 2017).

No Reino Unido a pré-eclâmpsia causa complicações entre 2-8% das gestações, no

entanto aproporção é inferior a 5% nas nações ocidentais, 47 representando até 30.000 mulheres, por ano. Sendo que, as mortes maternas acontecem ocasionalmente, no entanto a pré-eclâmpsia causa um terço da morbidade obstétrica grave (OLIVEIRA et al., 2017; XAVIER., 2016).

No Brasil, as doenças hipertensivas foram responsáveis por 20 a 30% do total das mortes maternas, seguido pelas hemorragias com 10 a 20% e pelas infecções com menos de 10% das mortes. Mostrando proporção elevada nas regiões Norte e Nordeste em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste (MADEIRO, et al., 2018).

Um estudo realizado em São Luís, no Maranhão, foi descoberto 122 mulheres com diagnóstico de morbidade materna grave, das quais 66,4% pré-eclâmpsia grave, 11,5% eclâmpsia, 11,4% com hemorragia obstétrica, síndrome de HELLP 5,7%, 2,5% aborto infectado, 1,6% de pré- eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e 1,6% de complicações não obstétricas (MADEIRO, et al., 2018).

2.2. FATORES DE RISCO RELACIONADOS A SÍNDROMES HIPERTENSIVAS.

Os fatores de risco relacionados à síndrome hipertensiva gestacional, por serem caracterizados, atrapalham a associação clínica preditiva. Por este motivo, os processos fisiopatológicos da pré-eclâmpsia (PE) acontecem em dois estágios, onde o é diferenciado pela redução da perfusão placentária, provavelmente relacionada à placentação anormal, remodelação imprópria das artérias espiraladas e deficiente invasão trofoblásticas. Já o segundo estágio relaciona-se às manifestações maternas sistêmicas que convergem para as alterações da função vascular, podendo ter implicação em múltiplos danos aos órgãos vitais (NETO et al., 2022).

As síndromes hipertensivas estão associadas geralmente as alterações renais durante o 1° trimestre de gestação normal, a taxa de filtração glomerular renal (TFG) aumenta cerca de 40 a 60%resultados que dá nos níveis de uréia, creatinina e ácido úrico sanguíneo. Na pré-eclâmpsia, a TFG diminui entre 30 e 40% em relação às mulheres não grávidas. O endotélio capilar glomerular é a lesão mais característica da toxemia. A microscopia eletrônica revela acentuada tumefação das células endoteliais, praticamente obliterando o lúmen dos capilares (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

Sabemos que os fatores de risco podem está associados a: primigestas e nulíparas, primipaternidade igual à idade materna > 40 anos, história familiar de pré-eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, obesidade (I.M.C. > 35), diabetes melito pré-existente, gestação gemelar, antecedentes pessoais de Pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia ou HELLP síndrome ausência deredução da PA no segundo trimestre da gravidez, PA entre 80 e 89 mmHg na primeira consulta e presença de anticorpo antifosfolípide (KERBER; MELERE, 2017).

Os critérios para um diagnósticos confirmados são: proteinúria significativa (+ em fita ou1,0 g em amostra isolada ou 300,0 mg em urina de 24 horas). Em seguida, a elevação da PA em relação às últimas consultas. Instalação de edema e/ou ganho ponderal excessivo (+ de 1.000g) em relação à última visita semanal. Nos casos graves a proteinúria pode está > ou = a 160 x 110 mmHg,creatinina plasmática > 2g/24h, plaquetas 1,2 < e dor epigástrica entre outras (ANDRADE, 2021).

O citoplasma mostra deposição de fibrina que se dirige à membrana basal, resultante do lento e prolongado processo de coagulação intravascular disseminada

(CID). Na proteinúria envolve essencialmente a endoteliose capilar glomerular. O aumento do ácido úrico é constante a partir do3° trimestre, e muitos importantes, pois consideram como indicadora de gravidade da doença. Na insuficiência renal do tipo necrose tubular aguda é raro, e quando ocorre geralmente é associada ao deslocamento de placenta previa (DPP) ou à síndrome HELLP. (caracterizada por hemólise (H-hemolysis), elevação das enzimas hepáticas (EL- elevated liver) e baixa de plaquetas (LP-low plateles) (GOMES, 2016).

A hipertensão é causada, então, pelo vasoespasmo e leva à lesão intravascular generalizada, que, junto à hipoxia, dos tecidos, conduz à necrose hemorrágica de diversos órgãos e à Sepse.Essas alterações cardíacas acontecem muito em gestantes com pré-eclâmpsia grave, a contratilidadedo sincício cardíaco raramente está alterada, a hipertensão pode se exacerbar e existe risco de edema pulmonar, especialmente quando se faz alta administração de líquidos intravenosos(BARROSO et al., 2021).

2.3. TEORIAS DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) é subtendida, como sistemas globais que são fundamentais para a correlação durante a prática do cuidado. Essas necessidades humanas básicas são universais e estão inter-relacionadas entre-se, mas cada indivíduo demonstra de formas distintas, dependendo de vários fatores da vida e situação. A TNHB é espelhada na teoria da pirâmide de Maslow que necessitar hierarquizar todas as etapas para atingir sua realização pessoal.

Figura 1 - Pirâmide de Maslow.

O termo „Necessidades humanas básicas" é delineado por Wanda de Aguiar Horta, comenta que é um conjunto de "estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. Onde o indivíduo, família e comunidade proporcionam decorrente desequilíbrio de suas necessidades básicas que determinem uma decisão"e que essas obrigações estão repartidas em três níveis: necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades

psicoespirituais (SOUZA; SILVA, 2021).

A NANDA-I tem uma estrutura diagnóstico de enfermagem própria, que contém o título do diagnóstico e os fatores relacionados e evidenciados por características definidoras, que consisti em melhora prática clínica, podendo ser uma estratégia eficaz de ensino. A acurácia do diagnóstico de enfermagem é autenticada quando o enfermeiro alcança, com clareza, identificar e conectar as características definidoras aos fatores relacionados e/ou aos fatores de risco encontrados com a avaliação do paciente (HERDMAN; KAMITSURU, 2019).

As equipes de enfermagem e especialistas em informática da enfermagem necessitamtrabalhar unidos para garantir a existência de soluções, no mercado, que consintam ao enfermeiroautenticar o diagnóstico acurado por meio da identificação clara do enunciado do diagnóstico, de fatores relacionados e/ou de risco e características definidoras (BARROS; LIMA; MORAIS, 2019). A dificuldade da enfermagem são quaisquer situações e/ou categorias que surgem através de indivíduos, famílias ou comunidades que necessitam de apoio profissional. É resolvida através detoda a SAE desenvolvida, e posteriormente a identificação dos problemas por meio do histórico,ocorre à análise dos problemas para identificação das necessidades e dependências de enfermagempelo paciente e elencar os Diagnósticos de Enfermagem desenvolvendo os cuidados necessários

para a evolução desse problema (CABALLERO, 2020).

A SAE é amparada pela Resolução COFEN nº 358/2009 que constitui a obrigatoriedade da implantação da SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em todas as instituições de saúde, sejam elas instituições privadas ou públicas, desde que haja a cumprimento da prática de enfermagem (CUNHA MACHADO et al., 2019).

A taxonomia é uma forma de classificar ou ordenar coisas em categorias; é um esquema de classificação hierárquica de grupos principais, subgrupos e itens. No início dos anos 1970, enfermeiras e educadores americanos verificaram que a enfermeira diagnosticou de forma independente e tratou “coisas” (referente aos pacientes e suas famílias) de forma diferente dos diagnósticos médicos. Esta descoberta abriu uma nova porta para a taxonomia desses Diagnósticos e criação de organizações profissionais que atualmente é denominado NANDA Internacional (HERDMAN; KAMITSURU, 2019).

A taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA I), de diagnósticos de enfermagem reconhecida e disseminada no mundo e no Brasil é por ter um raciocínio e julgamento clínico do enfermeiro para diagnosticar as respostas humanas a dificuldade de saúde e processos de vida reais ou potenciais, permitindo a utilização de uma linguagem simples e unificada para melhor comunicar aos fenômenos de interesse da prática da enfermagem e avaliação do cuidado dos pacientes (BARROS; LIMA; MORAIS, 2019).

Ao mesmo tempo, Taxonomia da NANDA-I há 13 domínios, com 47 classes no total e 244 diagnósticos, 17 deles são novos de 2018 a 2020. Taxonomia NOC envolve 385 resultados, onde qualquer resultado contém um título, uma definição e um conjunto de indicadores. Os resultados amparam os enfermeiros e outros profissionais de saúde a avaliar e quantificar a condição de pacientes, cuidadores, famílias ou comunidades (HERDMAN; KAMITSURU, 2019).

O enfermeiro pode dimensionar as mudanças no estado do paciente após a intervenção e monitorar seu progresso. Conforme a Taxonomia NIC, foi criada em 1987, para ajudar na linguagem padronizada abrangente para delinear tratamentos desempenhados por enfermeiros (GARCIA; SILVA NETO; VIDAL, 2020; HERDMAN; KAMITSURU, 2019).

A compreensão do conhecimento das teorias em saúde é importante para o autocuidado à pré-eclâmpsia, no qual pode ser identificado através do pré-natal e tem o profissional enfermeiro como eficaz na esperteza por meio das consultas de enfermagem, visto que implica em passar informações importantes para gerar o autocuidado, minimizando e prevenindo riscos que podem acontecer, já que o mesmo é considerado uma das principais causas de morte materna e ao mesmo tempo um importante fator de prematuridade e de morte de recém-nascidos, pois é um quadro hipertensivo que ocorre especificamente na gravidez, depois da 20ª semana (FRAGATA C e PAJENOTTO ML, 2019).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo narrativo, os quais são métodos que proporciona conhecimento e resultados de estudos, na prática, com ampla abordagem metodológica, incorporando conceitos, revisão de teorias, evidências e análise de problemas metodológicos (MARCONI; LAKATOS, 2017). Para coleta de dados, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: Biblioteca Virtual em Saúde, (BVS), Literatura Latino Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Periódicos CAPES e *Scientific Eletronic Libracy Online* (ScIELO), mediantes os seguintes palavras-chaves: “complicações da gestação”, “gravidez”, “síndrome hipertensiva”, “parto” e “enfermagem”.

Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa e língua inglesa, publicados no período de 2015 a 2022, que tratam do tema pesquisado. Critérios de inelegibilidade foram: Artigos com texto incompleto, resumos, monografias, artigos pagos inferior ao ano de 2015.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram utilizados 15 artigos nesta revisão narrativa descrita nos itens 4.1 e 4.2, sendo explanados e sintetizados os resultados através de uma comparação dos dados evidenciados na apreciação dos artigos.

4.1. CONDUTAS DE ENFERMAGEM PARA SÍNDROME HIPERTENSIVA

Silva, et al. (2020) e Oliveira, et al. (2017), comenta que as SHG podem ser identificadas durante as consultas de pré-natal onde o médico e o enfermeiro trabalham para prevenir as complicações como PA, cefaléia, dores abdominais, edema no corpo, náuseas e vômitos, diminuição dos movimentos do bebê por mais de 24 horas, alterações na visão, isso pode ser relatado durante as consultas de pré-natal.

Segundo Araujo, et al. (2019), as gestantes necessitam realizar as consultas de rotinas preconizadas pelo SUS, para ter um pré-natal de qualidade é aquele que a gente pode ofertar o que há de melhor e disponível para gestante, para ela ter conhecimento da

importância do pré-natal ondepoderá evitar a forma mais grave da SHG.

Oliveira, et al. (2017) e Beltrão, et al. (2023), diz que as modificações do estado gravídico dessas mulheres quando são diagnosticadas precocemente podem prevenir as causas mais grave da SHG. Sabemos que está síndrome é uma complicação obstétrica grave, onde na maior parte das vezes apresenta-se com complicação e alteração no aumento da PA e proteinúria e episódios de convulsões, e por ter um diagnóstico difícil.

Segundo Kerber e Melere (2017), confirma que a SHG é uma complicação grave da gestação, podendo ser um dos agravos da PE, proporcionando um aumento para a mortalidade materna e perinatal, com difícil diagnóstico, acomete as multíparas, com idade acima dos 30 anos, proporcionando risco para mãe e o bebê. Por este motivo a necessidade de se fazer o pré-natal precocemente.

Fassarela, et al. (2020) e Silva, et al. (2021), comenta que o enfermeiro emergencista tem a obrigação de proporcionar conhecimentos relevantes sobre diversas ocorrências de urgência eemergência que possam advir e que necessitem de assistência e intervenções imediatas para a sobrevivência. Com relação à prenhez em situação de urgência e emergência, é importante que o enfermeiro conheça as patologias mais habituais, e que trabalhe em cima dos protocolos de atendimento, e o mesmo terá autonomia e destreza para ser estabelecida a assistência necessária para essas gestantes.

Para Amorim, et al. (2017), durante o atendimento hospitalar, uma vez instalada os protocolos para DEHG ou PE, a qualidade dos serviços de atenção à gestante não pode se efetivar sem considerar suas necessidades e/ou expectativas e sem ter sensibilidade e intuição para captar o que é necessário incluir no plano de cuidados para está prenhez.

Abrahão, et al. (2020) e Oliveira, et al. (2018), diz que o enfermeiro uma vez habilitado tem autonomia para agir em diversas situações obstétricas de emergência, voltadas a distintas situações onde necessite de um monitoramento permanente a este paciente e direcionando ao setor de obstetrícia da instituição. Para Frias (2021), comenta que demora dos resultados dos exames solicitados nas consultas de pré-natal, muitas das vezes as pacientes são medicadas parcialmente, por não estarem com os exames durante as consultas, por este motivo se torna o principal problema é a detecção tardia de alguma complicação, que poderia já estar sendo tratada se houvesse agilidade nos resultados dos exames.

4.2. FATORES RISCO PARA SÍNDROME HIPERTENSIVA.

Caires, et al. (2020), os cuidados prestados as gestantes com os níveis elevados de pressão arterial estão atrelados ao comprometimento do crescimento fetal, durante o terceiro trimestre de gravidez, e majorando os riscos de implicações adversas ao nascimento pré-termo e a morte perinatal. Simultaneamente, expõem as patologias associadas na gestação como: hipertensão, diabetes mellitus, hipertensão, amniorrexe prematura, deslocamento prematuro da placenta entre outras. Para Fialho et al., (2021), muitas gestantes procuram as maternidades em virtude de complicações em síndromes hipertensivas gestacionais, como pré-eclâmpsia e eclampsia, na qual podem ter consequência na morte materna e fetal se o atendimento não for mediato ou de forma ágil e apropriada para cada situação apresentada.

De acordo com Rocha e Andrade (2017), é de suma importância a gestante durante as consultas, poção explana suas queixas e a equipe de saúde terá um papel fundamental

de prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas fetais, bem como instruir a gestante no que diz respeito à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

Sbardelotto, et al. (2018) e Oliveira, et al. (2022), comenta que a prevenção da pré-eclampsia é feita pelo uso de ácido acetilsalicílico (AAS), por ter uma finalidade anti-plaquetário e, pela suplementação de cálcio, que diminui o risco de da pré-eclâmpsia (PE). Entretanto, as ações preventivas não se limitam a "evitar" que a gestante venha ter a PE, mas reduzis os riscos de evolução para formas, mas grave. Neste cenário, o ideal é o repouso, dieta hipossódica usa de antioxidantes como vitaminas C e E, ômega-3 e vitamina D. Isso não que dizer que a paciente não venha desenvolver algumas das síndromes da hipertensão gestacionais.

Já Rodrigues, et al. (2020), relata que durante o atendimento emergência no hospital entrar com dose de ataque sulfato magnésio para controlar Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) ou PE, durante o parto e puerpério, necessitando ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. A assistência em ocorrências de emergência e urgência deve-se pela necessidade do utente em ser atendido em curto espaço de tempo.

Já Olegário, et al. (2019) e Ferreira, et al. (2019), diz que as SHG e a Hipertensão Arterial Crônica (HAC) está associada ao primeiro trimestre, corroborando com Cunha Soares, et al. (2019),que confirmar sobre o fator de risco para PE. O cenário atual dessas gestantes tem um aumento na probabilidade das mulheres serem portadoras de HAC durante a gravidez, as mulheres acima dos 30anos têm que ser orientadas sobre os riscos que vêm atrelados a idade durante o pré-natal.

Segundo Kahhale e Francisco e Zugaib (2018), a gestante acima de 30 anos, esta mais propicia a ter as SHG, devido às modificações fisiológicas do seu corpo, principalmente no último trimestre da gestação e puerpério, uma vez que sue diagnostico é confirmado e os valores da e Pressão Arterial Sistólica estão acima de ou igual a 140 milímetros de mercúrio (mmHg) ou PressãoArterial Diastólica maior ou igual a 90 mmHg e proteinúria maior ou igual a 300 mg em urina de 24horas.

Teixeira (2019) as condições de saúde e o processo de adoecer e morrer são inteiramente influenciados pelas características socioeconômicas e demográficas de uma população. Esses risos são evidentes na vida destas gestantes, uma vez diagnosticada no âmbito dos serviços locais de saúde, reduzindo-as e buscando melhorar sistematicamente o resultado nas condições de vida das pessoas e fundamentar na efetividade das práticas que irão produzir a redução das iniquidades e os melhores resultados de saúde para essas gestantes.

Conforme Moura, et al. (2022), diz que a PE é um fator de risco atrelada a obesidade, hipertensão crônica, diabetes, nuliparidade e gravidez na adolescência. Ainda com as novas tecnologias associada aos procedimentos, diagnósticos terapêuticos, uso de medicações eacompanhamento compartilhado e mudança na sua rotina e na alimentação, mesmo assim PE ainda apresenta índices elevados, carecendo de uma atenção prioritária por parte dos profissionais nas unidades de referência para gestantes de alto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar essa pesquisa nós possibilitamos o aprofundamento e conhecimento de cada conduta que o enfermeiro deve ter diante de um caso com SHEG, ou quaisquer outras complicações, os enfermeiros têm um papel importante durante o pré-natal, que é nesse momento que irar fazer anamnese e priorizar a detecção dos ricos o mais precocemente possível, na dinâmica avaliativa de acompanhamento da gestante/puérpera, assim podemos acompanhar qualquer alteração que a gestante tem, nos enfermeiros devemos está atenta a classificação em cada consulta de pré-natal.

A síndrome hipertensiva gestacional é uma complicação na gravidez, estando entre os principais fatores de morbimortalidade materno e fetal principalmente em países desenvolvidos. O diagnóstico é feito quando os níveis pressóricos são iguais ou maiores a 140/90 mmHg. A pré- eclampsia é uma doença que ocorre principalmente em primigestas, sua manifestação clínica é definida pelo aumento gradual da hipertensão, proteinúria e edema generalizado e a forma mais grave é a eclampsia quando surgem convulsões.

REFERÊNCIAS

[1] ABRAHÃO, Ângela Caroline Martins et al. Atuação do enfermeiro a pacientes portadoras de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. **""Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás" Cândido Santiago"**,v.6, n.1, p.51-63, 2020.

[2] ALVES, Thaynara Oliveira et al. Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura High risk pregnancy: epidemiology and care, a literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n.4, p.14860-14872, 2021.

[3] ANDRADE, Joana Adalgisa Furtado Magalhães de. Ácido Acetilsalicílico na prevenção de pré-eclâmpsia após determinação do ponto de corte utilizando critérios clínicos e biofísicos. 2021.

[4] AMORIM, Thaís Vasconselos et al. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de altoriesgo: revisión integradora. **Enfermería global**, v.16, n.46, pág. 500-543, 2017.

[5] ARAÚJO, Regilda Bacelar et al. Cuidados de enfermagem no pré-natal de baixo risco na Estratégia deSaúdeda Família: uma análise em jornais nacionais. **Revista Uningá**,v.56, n.S2, pág.160-173, 2019.

[6] BELTRÃO, Hyona Brazolin et al. Principales diagnósticos e intervenciones de enfermería en el manejo delSíndrome de Hellp. **Salud, Ciencia y Tecnología**, v.2, n.1, 2023.

[7] BRITO, Hirondina; FORTES, Samira. Atuação de enfermagem nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia eeclâmpsia. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso.

[8] CAIRES, Tharine Louise Gonçalves et al. Revisão integrativa sobre síndrome hipertensiva gestacional: instrumento teórico como norteador para atividade prática de acadêmicos do curso de enfermagem. **Expressa Extensão**,v.25,n.1,p.62-71,2020.

[9] CAMPOS, Eliseu da Costa.Sistematização da assistência de enfermagem na rede federal de hospitais filiadosa EBSERH. 2018.

[10] CUNHA SOARES, Ticianne et al. Fatores de risco relacionados a pré-eclâmpsia: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n.20, p.e437-e437, 2019.

[11] FASSARELLA, Bruna Porath Azevedo et al. Cuidados de enfermagem direcionados à gestante portadora dedoença hipertensiva específica da gravidez. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e343996768-e343996768, 2020.

[12] FERREIRA, Eilen Tainá Matos et al. Características maternas e fatores de risco para pré-eclâmpsia emgestantes. **Rev Rene**, v.20, 2019.

[13] FIALHO, Luana Assunção et al. Identificação do perfil epidemiológico e dos fatores de risco pré-gestacionais e gestacionais relacionados ao desenvolvimento da síndrome hellp. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.2, p.7965-7977, 2021.

[14] FRAGATA C e PAGENOTTO ML. Pré-eclâmpsia: os perigos da hipertensão na gestação. Revista ELA, 2:8–11, 2018.

[15] FRIAS, Ana. A enfermagem a partir de uma visão Crítica: Excelência das práticas de cuidado. 2021.

[16] FREITAS, Bruna Kelly Paulino Souza de. Humanização da Assistência no processo parturitivo: Instruindo mulheres em uma maternidade escola do Rio Grande do Norte. 2021. Dissertação de Mestrado. UniversidadeFederal do Rio Grande do Norte.

[17] GOMES, Sílvia Cristiana Azevedo. Coagulação intravascular disseminadana pré-eclâmpsia: revisão de mecanismos etiológicos. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra.

[18] KAHHALE, Soubhi; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; ZUGAIB, Marcelo. Pré-eclâmpsia. **Revistade Medicina**, v.97, n.2, p.226-234, 2018.

[19] KERBER,GueneveredeFranceschi;MELERE,Cristiane.Prevalênciadesíndromeshipertensivasgestacionais emusuárias de um hospital no sul do Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1899-1906, 2017.

[20] LIMA, Joseline Pereira et al. Perfil socioeconômico e clínico de gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional. **Rev Rene**, v.19, p.1-7, 2018.

[21] MARCONI, M. de A.; LAKATOS, EM de. Metodologia do trabalho científico: projetos de/pesquisa bibliográfica / teses de pesquisa, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso. 8. ed. São Paulo:Atlas, 2017.

[22] MADEIRO, Alberto Pereira et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Piauí, Brasil, 2008-2012:causas básicas dos óbitos e fatores associados. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 8, n. 4, p.442-449, 2018.

[23] MOURA, Jackson Roberto et al. Eficácia de métodos para predição do Pré-eclampsia por Doppler das artérias uterinas no primeiro trimestre da gestação. **Brazilian Journal of Health Review**, v.5, n.3, p.8832- 8849, 2022.

[24] NETO, João Cruz et al. Fatores de risco e elementos primitivos no desenvolvimento de síndromes hipertensivas no pré-natal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, n. 1, p. e18-e18, 2022.

[25] OLEGÁRIO, Walnizia Kessia Batista et al. Fatores de risco à hipertensão em gestantes. 2019.

[26] OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes de et al. Fatores maternos e resultados perinatais adversos em portadorasde pré-eclâmpsia em Maceió, Alagoas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.106, p.113-120, 2016.

[27] OLIVEIRA, Gleica Sodré de et al. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. **Revista Cuidarte**,v.8,n.2,pág.1561-1572,2017.

[28] OLIVEIRA GONÇALVES, Ana Carolina; THEODOROPOULOS, Tatiana Assad Domingos. Manejo das doenças hipertensivas gestacionais – revisão de diagnóstico, tratamento e prevenção. **Revista Corpus Hippocraticum**,v.1,n.1, 2020.

[29] OLIVEIRA, João Paulo Ramalho et al. Análise dos fatores de risco que levam ao desenvolvimento da pré- eclâmpsia Análise dos fatores de risco que levam ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia. **Revista Brasileira de Revista de Saúde**, v.5, n.2, pág.6279-6291, 2022.

[30] OLIVEIRA, L. A. M. et al.Cuidados de enfermagem a gestante com síndrome hipertensiva: revisão integrativa. **Brazilian Jof Surgery and Clinical Research-BJSCR**, v.23, n.2, p.159-164, 2018.

[31] OLIVEIRA, Willians. Assistência de enfermagem a gestantes portadoras de diabetes mellitus. 2021.

[32] PAES, Marcio Roberto et al. Processo de enfermagem nas dimensões psíquica e emocional dos pacientes de um hospital geral. **Enfermagem em Foco**, v.12, n.1, 2021.

[33] PEDRAZA, Dixis Figueroa; LINS, Anahi Cézar de Lima. Complicações clínicas na gravidez: uma revisão sistemática de estudos com gestantes brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, p.5329-5350, 2021.

[34] REZENDE, Claudia Barcellos. Sentidos da maternidade em narrativas de parto no Rio de Janeiro. **Sociologia& Antropologia**, v.10, p.201-220, 2020.

[35] ROCHA, Ana Claudia; ANDRADE, Gislângela Silva. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré- natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga–GO em diferentes contextos sociais. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.6, n.1, p.30-41, 2017.

[36] RODRIGUES, Vitória Bezerra et al. Distúrbios Hipertensivos entre gestantes em um hospital maternidade do município de Aracati – CE. **JAPHAC**, v.7, p.155-170, 2020.

[37] SAMPAIO, Aline Fernanda Silva; ROCHA, Maria José Francalino da; LEAL, Elaine Azevedo Soares. Gestação de risco alto: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v. 18, p. 559-566, 2018.

[38] SANTOS, Elisângela Luzia dos. Caracterização das síndromes hipertensivas gestacionais e suas repercussõesneonatais: uma revisão integrativa da literatura 2020.

[39] SBARDELOTTO, Taize et al. Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais. **Cogitare Enfermagem**, v.23, n.2, 2018.

[40] SERVULO, Francilene Rabelo et al. Letramento em saúde: avaliação de gestantes sobre o autocuidado à pré-eclâmpsia com base na teoria de Dorothea Orem. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 23, n. 1, p.e11770-e11770, 2023.

[41] SILVA, Edivania Cristina et al.Atuação do enfermeiro na prevenção das síndromes hipertensivas na gestaçãono âmbito da atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6448-e6448, 2021.

[42] SILVA, Maria Andressa Bezerra et al. Condutas do Enfermeiro em Situações de Urgências e Emergências Obstétricas/Conduta do Enfermeiro em Situações de Urgência e Emergência Obstétrica. **Id on Line Revista Multidiscipli na rede Psicologia**, v.15, n.56, pág.137-152, 2021.

[43] SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa et al. Prevalência, fatores associados, consciência e prognóstico da doença renal crônica não dialítica em idosos: estudo transversal de base populacional. 2017.

[44] SILVA, Wendell Wesle y et al. Anatomia Humana: Comportamento Ético No Estudo De Peças Naturais.**Encontro Científico e Cultural do Unifacex - enex**, p.48, 2016.

[45] SOUZA, Mariana Antunes Carvalho; DA SILVA, Maria Aparecida Xavier Moreira. Sistematização Da Assistência De Enfermagem Para Gestantes Com Pré Eclâmpsia E/Ou Eclâmpsia: Revisão Integrativa Da Literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 10, p. 3228-3261, 2021.

[46] TEIXEIRA, João Joadson Duarte. Status de saúde cardiovascular ideal associado à pré-eclâmpsia: uma avaliação baseada na identificação de fatores de risco. 2019.

[47] VASCONCELOS, Desirée Cristina Rodrigues et al. Alyne e seus espectros: breve estudo sobre violência obstétrica no Brasil. 2018.

[48] VÁZQUEZ ALVIRA, Laura et al. Trastornos hipertensivos durante a gestação: a pré-eclâmpsia e a atuação dadoença. 2019.

[49] XAVIER, F. M. S. P. S., Uma avaliação da atenção ao parto na rede pública do município de Manaus, usando como indicadores a busca ativa, a oportunidade do diagnóstico e a conduta as doenças infecciosas de obrigatória cobertura. **Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado**. Manaus; UEA-AM. 2 016.

CAPÍTULO

30

Assistência de pré-natal à gestante diagnosticada com sífilis: uma revisão integrativa

Adaias Silva de Queiroz[1], Graciana de Sousa Lopes[2], Monike Emyline Andrade Rodrigues[3]

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sistêmica contagiosa onde sua principal via de transmissão éa contato sexual, podendo ser passada para o feto durante a gestação, caracterizando a transmissão vertical e denominando-a de sífilis congênita. Desde o século passado vem se tornando um grave problema de saúde pública devido a suas altas taxas de incidência, mesmo com as medidas de prevenção e opções de tratamento eficazes (SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018).

Segundo Souza, Rodrigues, Gomes (2018), "No Brasil, no ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita – entre eles, 185 óbitos."

Devido ao aumento de caso de sífilis em mulheres no período gestacional é necessário o estudo acerca do problema, pois alguns desafios ainda persistem, como por exemplo, a fragmentação do cuidado, pois a realidade dos serviços de saúde nem sempre responde as expectativas das gestantes, pelo fato de muitas vezes, não disporem de profissionais habilitados e que a atuação do enfermeiro é essencial para efetivação da assistência no pré-natal por ser qualificado para intervir por meio de estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e humanização nos cuidados dessas pacientes com sífilis por meio de condutas que podem ser adotadas no pré-natal (BALSELLS, 2018). Na Maternidade observa-se que muitas gestantes em trabalho de parto que ainda portam a sífilis, em alguns casos, os tratamentos foram incompletos ou não seguidos tanto pela gestante quanto pelo companheiro e em outros casos não foi diagnosticada durante o pré-natal. (GOMES et al., 2019).

A adesão ao tratamento dos parceiros sexuais de gestantes diagnosticadas com sífilis é um repto diário para os especialistas que realizam o pré-natal na atenção primária. A resistência ao tratamento contribui negativamente para o controle da doença o que pode ser justificado pelo desconhecimento sobre a importância do cuidado com a saúde e as consequências que a doença pode trazer para o indivíduo a falta de compromisso das gestantes em seguir o tratamento, a ausência de uma atitude ativa por parte dos profissionais para que os parceiros se proponham ao serviço de saúde para realizar o teste e iniciar o tratamento (MACHADOS et al., 2018; FIGUEIREDO et al., 2015).

Quando identificada a necessidade do serviço especializado, deve se inserir a programação do calendário de atendimento pré-natal e nas consultas e de suporte da equipe de enfermagem, assegurando-se que todas as avaliações sejam feitas. E ainda, o preenchimento do cartão da gestante e da ficha de pré-natal deve ser feito corretamente.

[1] Acadêmico de Enfermagem CEUNI-FAMETRO. E-mail: adaiassilva9@gmail.com
[2] Mestre em Enfermagem; Docente do CEUNI-FAMETRO. E-mail: gracilopess@hotmail.com
[3] Especialista em Obstetrícia e Intensivista Neo e Pediátrica. E-mail: emyline_monike@hotmail.com

Para Silva (2018), é essencial que mesmo a quantidade de consultas e o auxílio sejam periodicamente feitos como método de avaliação do Pré-Natal, é primordial a garantia de uma boa qualidade no acompanhamento, aspecto aparentemente negligenciado na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). a assistência pré-natal é um momento único.

Silva et al., (2021), ressaltam que para reduzir o número de casos de sífilis entre as gestantes, é necessário realizar ações de educação em saúde nas comunidades informando a população sobre a importância do diagnóstico precoce e da utilização de métodos preventivos. É de extrema importância oferecer treinamento e/ou qualificação aosprofissionais de saúde para aprimorá-los, realizando ações educacionais individuais e coletivas durante o acompanhamento das gestantes quanto à adesão ao tratamento e uso regular do preservativo nas relações sexuais.

Santos et al., (2016), corrobora com a ideia de que a enfermagem desempenha um papel importante no cuidado à gestante durante o processo pré-natal, pois há pelo menos duas vidas envolvidas que devem ser saudáveis e com o mínimo de complicações possíveis. O enfermeiro de uma unidade de saúde da família consegue detectar e tratar precocemente todos os casos de sífilis, evitando a sífilis congênita graças aos testes rápidos, triagem pré-natal e sorologia na primeira consulta. Muitas vezes, mesmo com o pré-natal adequado com todas as ações realizadas com segurança e eficácia, a gestante não segue as orientações e interrompem o tratamento ou não o faz. Práticas sexuais oscilantes, falta de parceiros sexuais no momento da consulta e relação sexual indiscriminada também são fatores que transcendem as fronteiras do cuidado.

O presente estudo tem como objetivo discutir a assistencia do enfermeiro à gestante com sifilis durante o pré-natal, bem como descrever a participação do enfermeiro na assistência ao pré-natal as gestantes diagnosticadas com sífilis e descrever as dificuldades do enfermeiro durante a assustencia do pré-natal em mulheresgravidas com sífilis.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. SÍFILIS GESTACIONAL

A sífilis é uma doença bacteriana causada pelo Treponema pallidum. É uma doença infecciosa sexualmente transmissível de evolução crônica. É dividida em duas fases: sífilis recente (primária, secundária e latente terciaria) e sífilis tardia. A sífilis primária é caracterizada pelo chamado "cancro duro", que é uma lesão única e indolor no local de penetração de bactérias, como pênis, vulva, vagina, útero, ânus e boca (BRASIL, 2019).

De acordo com Saraceni et al., (2019), a sífilis secundária geralmente se desenvolve dentro de dois anos de vida e aparece como lesões papulares na pele principalmente nas palmas das mãos e plantas dos pés. Na sífilis terciária. A infeção danifica a pele e as membranas mucosas e pode causar danos ao sistema nervoso (neurite) e o sistema cardiovascular. Como foi ressaltado anteriormente a transmissão sexual, a bactéria pode ser transmitida por transmissão vertical, ou seja, a disseminação hematogênica da bactéria no sangue da mãe que atravessa a placenta e infecta o feto e isso pode ocorrer em qualquer fase da gestação, dado o nome sífilis gestacional.

Ainda conforme Marques et al., (2019), quando o recém-nascido nasce infectado, é chamada de sífilis congênita, que é uma infecção do feto devido à passagem do treponema pela placenta. A sífilis gestacional é diagnosticada quando a gestante apresenta sinais e

sintomas de sífilis ou apresenta sorologia não treponêmica reativa, independente da titulação, mesmo que não haja resultado treponêmico, durante o pré-natal ou no momentodo parto. A triagem sérica para sífilis é recomendada pelo Ministério da saúde. O teste treponêmico deve ser realizado durante o primeiro e terceiros trimestres de gestação e durante a internação para trabalho de parto ou curetagem.

O pré-natal deve ser iniciado precocemente, permitindo a inclusão do programa de humanização do pré-natal e parto. Pois apresenta-se frente ao rastreamento e diagnóstico precoce nos casos de sífilis na gestação, para promover assistência de qualidade àgestante e ao recém-nascido (ARAÚJO et al., 2019). O rastreamento e controle degestantes que contraíram a sífilis é uma política importante, pois com a prevenção diminui gastos aos cofres públicos e evita que a população sofra com as consequências da doença. Para gestantes com resultado positivo, o acompanhamento para cura e tratamento deve ser feito por meio do teste (VDRL), um teste não treponêmico.

A sífilis gestacional teve um diagnóstico simples e de fácil tratamento, com destaque para a quebra da transmissão da bactéria, pois o pré-natal precoce e o tratamento de qualidade das gestantes e seus parceiros diagnosticados com a infecção é muito importante para prevenir e reduzir a incidência da sífilis congênita. Em geral, tanto a sífilis gestacional quanto a congênita são subnotificadas no Brasil e nos Estados Unidos, assim como em outros países da América Latina e Caribe. Em 2017, 49.013 gestantes foram infectadas no Brasil, com taxa de detecção de 17,2/1.000 nascidos vivos (CARNEIRO, 2023).

Apesar das melhorias relatadas na região brasileira as disparidades permanecem entre os estados na extensão da doença e na capacitância de conduzir a vigilância e analisar o problema de forma confiável. A taxa de transmissão vertical da sífilis gestacional no país foi de 34,3 % entre 2011 e 2012, variando de 37,9 % no Nordeste a 15 % no Centro-Oeste. Para um pré-natal de qualidade, a acessibilidade às unidades de referência especializadas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser efetiva para responder às necessidades e particularidades das mulheres que desenvolvem gestações de alto risco A implementação do pré-natal precoce e o encaminhamento veloz (SARACENI et al., 2020).

Quando identificado o risco possibilita responder às singularidades das gestantes eprestar assistência à saúde de qualidade. Porém, ainda é alto o número de gestantes que descobrem a gravidez em estágio mais avançado, iniciando assim o acompanhamento na rede de atenção em saúde tardiamente, após o primeiro trimestre de gestação. A sífilis gestacional aumenta o risco de transmissão vertical e, se não tratada, cerca de 40 % dos casos levam a desfechos adversos associados a aborto espontâneo, morte fetal ouneonatal precoce ou sequelas perinatais graves. O pré-natal é o único momento possível para identificar e reduzir os riscos levando em consideração (DOMINGUES, 2019).

Portanto, a testagem sorológica e o tratamento adequado das gestantes e parceiros. Apesar do alto nível de cobertura do pré-natal alcançado no Brasil, ainda existem obstáculos ao acesso oportuno das gestantes, o que evidencia as dificuldades de superação das desigualdades sociais, principalmente entre as mais vulneráveis: indígenas, menos escolarizadas, mais gestantes e aquelas que habitam em regiões do norte e nordeste. Portanto, mesmo entre as mulheres em pré-natal, há muitas oportunidades perdidas na diagnose e tratamento de diferentes pacientes. A remoção de barreiras para um pré-natal adequado envolve, entre outras coisas, detecção precoce da gestante, aconselhamento, intervenção educativa (RAMOS; BONI, 2019).

2.2. ASSISTÊNCIA DE PRÉ-NATAL

O pré-natal é entendido como um conjunto de atividades que envolvem reuniões entre a gestante e os profissionais que atuam na equipe de saúde a fim de acompanhar a evolução da gravidez respondendo às necessidades biopsicossociais expostas pelas gestantes, além dos aspectos morfológicos. desenvolvimento do conceito desde o início da gravidez até o nascimento da criança com o objetivo de obter melhores resultados perinatais em benefício da saúde materno Infantil (SILVA et al., 2019).

O Brasil com a organização das Nações Unidas (ONU) e 179 países em 2015, a fim de dar continuidade aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que levam à Objetivos de Desenvolvimento, incluindo a taxa de mortalidade maternal de 30/100.000 nascidos vivos até 2030. Assim, no Brasil, a assistência pré-natal visa garantir que a gravidez se desenvolve de forma saudável com menor impacto negativo na saúde infantil e maternal com atividades educacionais, preventivas e psicossociais. Nessa perspectiva, o pré-natal envolve uma avaliação dinâmica das situações de risco para identificar problemas, a fim de prevenir um desfecho desfavorável. Consequentemente, a ausência de triagem pré-natal (CADEEIRO et al., 2019).

Por si só, pode aumentar o risco para a gestante ou para o recém-nascido pois as gestantes podem estar em risco a qualquer momento, durante a gravidez ou durante o parto. O acesso aos serviços de saúde requer acessibilidade disponibilidade e aceitação, a fim de influenciar a entrada e manutenção da gestante no pré-natal. Esses parâmetros são características importantes para que as mulheres atendam às necessidades básicas do pré-natal. Em relação aos procedimentos que teoricamente garantem uma assistência de qualidade, o Ministério da saúde estabelece que a primeira consulta de pré-natal deve ser realizada até o 4º mês de gestação (BORTOLI et al., 2020).

Preferencialmente no primeiro trimestre: que no mínimo seis consultas de pré-natal as consultas de acompanhamento são realizadas durante todo o ciclo gestacional; que a consulta puerperal seja realizada até quarenta e dois dias após o parto, parâmetros de qualidade no campo da assistência pré-natal também são considerados na implementaçãoda vacina antitetânica, realização de atividades educacionais e utilização da classificação de risco gestacional a serem realizadas na primeira consulta e durante todo o acompanhamento gestacional garantindo às gestantes classificadas como de risco, o serviço ou acesso ao ambulatório de referência e/ou atendimento hospitalar (CORDEIROet al., 2021).

Vale dizer, a abrangência do pré-natal é um dos indispensáveis indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS, para que aconteça a assistência adequada. E efetiva, com a finalidade de preservar as doenças que podem acometer a gestante e o feto. Não se deve esquecer que, além de explorar o conhecimento técnico, o cuidado de enfermagem visa maior independência ao transmudar o processo de trabalho. E no que diz respeito ao pré-natal, consegue envolver todos os profissionais, no qual se assume uma nova perspectiva em termos de trabalho em saúde e organização dos serviços, podendo assim oferecer uma assistência de qualidade (ROCHA & ANDRADE, 2021).

Por isso, diversos pesquisadores têm investido na avaliação da importância e qualidade da assistência pré-natal, em termos de gestão e processo assistencial, além de outros indicadores de qualidade assistencial. Diante dessas considerações, existe o risco de as gestantes reduzir a frequência de consultas e desdobrar mão do pré-natal. Por isso, é necessários o comprometimento e a responsabilidade desses profissionais para uma assistência adequada (PEREIRA et al., 2019), ressalta-se que a importância do pré-natal

não está apenas relacionada a padrões quantitativos, mas também deve estar relacionada à qualidade das consultas que são realizadas, segundo os princípios de humanização propostos pelo programa de humanização

Pereira et al., (2022), ressalta que no pré-natal é necessário ouvir as gestantes, elucidar suas dúvidas esclarecendo as condutas deferidas, desenvolver atividades educacionais que forneçam respostas às dúvidas das meninas e as informações necessários sobre a gravidez. Consequentemente, além das ações assistenciais caracterizadas pelo exame clínico obstétrico, requisição de exames laboratoriais, aplicação de protocolo assistencial, torna-se relevante a realização de práticas humanizadas no atendimento à mulher no ciclo gestacional e, sobretudo, tudo, a adaptação do pré-natal natalino às necessidades de cada gestante o cuidado de qualidade e humanizado possibilita a aproximação do cuidador e da pessoa.

Portanto, o enfermeiro é essencial para efetivação da assistência no pré-natal por ser qualificado para intervir por meio de estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e humanização nos cuidados. No entanto, ainda existem alguns desafios, como afragmentação da assistência pois a realidade dos serviços de saúde nem sempre atende às expetativas das gestantes, pois muitas vezes carecem de profissionais qualificados. Segundo recomendações do Ministério da Saúde, a atenção pré-natal deve ter uma assistência humanizada e acolhedora com ações educativas e preventivas para o binômio mãe e filho a fim de detectar precocemente situações de risco gestacional (BRASIL, 2020).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que é um método que proporciona conhecimento e resultados de estudos na prática, com ampla abordagem metodológica incorporando conceitos, revisão de teorias,evidências e análise de problemas metodológicos (BLANCO, 2022).

Para coleta de dados, foram utilizadas as bibliotecas virtuais de pesquisa: Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) mediantes os seguintes descritores: “pré-natal“, “sifilis“, “gravidez”.

Como critérios de elegibilidade foram selecionados artigos originais, disponibilizados gratuitamente, em língua portuguesa e língua inglesa, publicados no período de 2018 a 2023, que tratam do tema pesquisado. Critérios de inelegibilidade: artigos com texto incompleto, resumos, monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado.

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade e inelegibilidade a partir dos com os títulos, posteriormente foi realizada a análise de resumose finalmente os artigos foram lidos na integra, sendo elaborado um instrumento para a coleta de informações direto das bases de dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1: Resultado dos artigos selecionados.

Nº	Título	Autor/ ano/ idioma	Base de dados	Resultados
1	A assistência de enfermagem no pré-natal em gestantes diagnosticadas com sífilis: através de uma revisão integrativa.	Silva et al., 2020 Português	SCIELO	Verificou-se nesse estudo que a assistência de enfermagem é fundamental para redução do índice de sífilis congênita, devido apossibilidade de criação de vínculo com a comunidade, em especial as mulheres gestantes, de forma que atuam como maiorveículos de informação na atenção primária.
2	Assistência de enfermagem na prevenção de sífilis congênita: uma revisão integrativa.	Sales et al., 2022 Português	SCIELO	A assistência de enfermagem na prevenção da sífilis congênita inclui educação e aconselhamento, triagem para sífilis, tratamento adequado, testes de acompanhamento, aconselhamento sobre prevenção da transmissão e seguimento cuidadoso do recém-nascido.
3	Acompanhamento e desfecho do pré-natalde gestantes diagnosticadas com sífilis Revisão Integrativa.	Rocha et al., 2019 Português	SCIELO	Foi evidenciado que o acompanhamento pré- natal deve incluir testes sorológicos para detecção da sífilis, além de outras doenças infecciosas. Em caso de diagnóstico positivo, o tratamento com antibióticos deve ser iniciado o mais rápido possível, preferencialmente antes das 20 semanas de gestação.
4	Dificuldades e barreiras no diagnóstico e tratamento da sífilis : revisão integrativa.	Lima et al., 2023 Português	SCIELO	Diante do exposto, é preciso reforçar a necessidade de práticas educativas maisefetivas na assistência ao pré-natal, para gestante e seus respectivos parceiros, e issoinclui orientações referente a importância da realização da testagem e tratamento, sinais e sintomas.
5	A atuação doenfermeiro no combateà sífilis na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura.	Melo et al., 2023 Português	SCIELO	O enfermeiro tem o papel fundamental no controle e prevenção da sífilis através do dinamismo de cuidados de caráter privativos, como nas realizações de testes rápidos, tal como o trabalho coletivo entre os profissionais de saúdee com as atividades educativas em saúde.
6	Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras?	Machado etal, 2018 Português	SCIELO	As dificuldades foram a adesão do parceiro ao tratamento seguido da falta de comprometimento da gestante para seguir o trata-mento.
7	Linha de cuidados para gestantes comsífilis baseadana visãode enfermeiros.	Araújo et al, 2019 Português	SCIELO	Foi construída uma unidade temática central e cinco categorias que abordam a atuação da Atenção Primária à Saúde, dificuldades e potencialidades da assistência, processo de enfermagem, interprofissionalidade e a idealização de um caminho de cuidados.
8	O papel do enfermeiro durante o pré-natal na orientação à gestante com sífilis.	Texeira et al., 2022 Português	LILACS	As ações de enfermagem realizadas pelo enfermeiro representam, além do diagnóstico e tratamento eficazes, instrumentos relevantespara a promoção da saúde na atenção básica.

4.1. CATEGORIA I: CUIDADO DE PRÉ-NATAL À GESTANTE COM SÍFILIS

Silva et al (2020), Sales et al (2020) a assistência de enfermagem é fundamental para redução do índice de sífilis congênita, devido a possibilidade de criação de vínculo com a comunidade, em especial as mulheres gestantes, de forma que atuam como maior veículos de informação na atenção primária, e precisam para isso a ciência do manejo desta doença, de forma a levar a um desfecho favorável, cooperando com a criação deestratégias que marquem caminhos para uma assistência qualificada.

A assistência de enfermagem na prevenção da sífilis congênita inclui educação e aconselhamento, triagem para sífilis, tratamento adequado, testes de acompanhamento, aconselhamento sobre prevenção da transmissão e seguimento cuidadoso do recém-nascido. A assistência de enfermagem é essencial para prevenir, diagnosticar e tratar a sífilis em gestantes. As enfermeiras são responsáveis por realizar o pré-natal e monitorar a saúde da mãe e do bebê durante a gestação, identificando sinais e sintomas da sífilis e realizando exames de sangue para detectar a presença da infecção (REIS, 2020).

Rocha et al., (2020) Melo et al., (2023), evidenciaram que o acompanhamento pré-natal deve incluir testes sorológicos para detecção da sífilis, além de outras doenças infecciosas. Em caso de diagnóstico positivo, o tratamento com antibióticos deve ser iniciado o mais rápido possível, preferencialmente antes das 20 semanas de gestação. As gestantes devem ser monitoradas regularmente para avaliar a eficácia do tratamento e prevenir reinfecções.

O enfermeiro tem o papel fundamental no controle e prevenção da sífilis através do dinamismo de cuidados de caráter privativos, caso a sífilis seja diagnosticada, as enfermeiras devem orientar a gestante sobre o tratamento adequado, que geralmente consiste em uma série de injeções de penicilina. Elas também devem acompanhar a gestante durante todo o tratamento e garantir que ela receba o suporte necessário para aderir ao tratamento (FERREIRA, 2020).

Araújo et al (2019), Deliberalli et al., 2022 foi construída uma unidade temática central e cinco categorias que abordam a atuação da Atenção Primária à Saúde, dificuldades e potencialidades da assistência, processo de enfermagem, interprofissionalidade e a idealização de um caminho de cuidados. as consultas de enfermagem, na assistência prestada pelo enfermeiro, para as gestantes com sífilis durante o pré-natal segam as normatizações e protocolos técnicos do Ministério da Saúde, no que tange o cuidado integral na prevenção da sífilis congênita.

As práticas utilizadas pelos enfermeiros podem refletir na qualidade da assistência eindicadores de saúde. Caso a sífilis seja diagnosticada, as enfermeiras devem orientar agestante sobre o tratamento adequado, que geralmente consiste em uma série de injeções de penicilina. Elas também devem acompanhar a gestante durante todo o tratamento e garantir que ela receba o suporte necessário para aderir ao tratamento (SANTIAGO, 2021).

Por fim, o enfermeiro também tem um papel importante na orientação da gestante sobre os cuidados para prevenção da sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como o uso de preservativos em todas as relações sexuais e a realização de exames regulares. Além disso, o enfermeiro deve realizar o aconselhamento e encaminhamento para tratamento quando necessário, com o objetivo de garantir a cura da gestante e prevenir a transmissão vertical da sífilis para o feto.

4.2. CATEGORIA II: DIFICULDADES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM SÍFILIS

No que tange as dificuldades Lima et al., (2023) Gonçalves et al., (2020), salienta que os agravos que favorecem o aumento da sífilis na gestante estão relacionados a falta de acesso pleno aos serviços de saúde , a falta de solicitação de exame sorológico em tempo hábil para gestante durante o pré-natal e a forma de abordagem ou a não abordagem para avaliação e tratamento dos parceiros sexuais das gestantes com diagnóstico positivo, os principais desafios no tratamento da sífilis gestacional são que a maioria das gestantes não sabem ou nunca ouviram falar em transmissão vertical, isto dificulta o tratamento e aumenta a incidência.

Assim, a falta de adesão ao tratamento pode levar a complicações graves, como aborto, parto prematuro, natimorto ou até mesmo a morte do recém-nascido. Por isso, é fundamental que a gestante siga todas as recomendações médicas e faça uso correto dos medicamentos prescritos o mesmo acontece com o parceiro, este se nega afazer o tratamento, a falta de conhecimento e acesso a ele, pode dificultar e causar danos a pessoas infectadas pelas sífilis, pois quanto mais tarde se iniciar o tratamento, mas longo e demorado será o processo de cura, e no caso da congênita, se o tratamento for iniciado com rapidez e no início, as chances de atingir o bebê e causar danos a sua saúde, são menores (ALVES, 2019).

De acordo com Castro (2019), Machado et al., (2018) o enfermeiro é um dos profissionais de saúde que atua diretamente na assistência pré-natal, realizando ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de gestantes. No entanto, na prática, o enfermeiro pode enfrentar diversas dificuldades na prestação da assistência pré-natal à gestante diagnosticada com sífilis, tais como: falta de capacitação, falta de insumos e equipamentos e dificuldades de adesão ao tratamento.

O enfermeiro deve estar atento a essas dificuldades e oferecer suporte e orientação à gestante para garantir a adesão ao tratamento. A oferta do teste rápido na própria unidade e a agilidade de retorno do resultado do exame foramrelatadas como principais facilidades encontradas; asdificuldades foram a adesão do parceiro ao tratamentoseguido da falta de comprometimento da gestante para seguir o tratamento. A adesão do parceiro ao tratamento é importante porque, mesmo que a gestante receba tratamento adequado para a sífilis, a transmissão da infecção pode ocorrer novamente se o parceiro não for tratado. Além disso, o parceiro infectado pode continuar a transmitir a infecção para outras pessoas, mesmo sem apresentar sintomas (RODRIGUES, 2021).

Mascarenhas et al., (2018) e Arandia et al., (2023) Paiva et al., (2020), a dificuldade de captação e tratamento dos parceiros sexuais são frequentes e os parceiros que são comunicados do diagnóstico de sífilis da gestante, poucos são adequadamente tratados. Visto a dificuldade de tratar o parceiro seria necessária a implantação de uma estratégia eficaz por parte da equipe de saúde para realização de abordagem e tratamento de forma eficaz deste homem. a ocorrência de reinfecções relacionadas a falta de tratamento dos parceiros e quais são as formas utilizados para manter os profissionais de saúde informados sobre a conduta da sífilis na gestação.

Portanto, entre as principais dificuldades na assistência de enfermagem à gestante com sífilis, está a falta de conscientização e informação sobre a doença. Muitas mulheres não sabem que estão infectadas, ou não compreendem a gravidade da sífilis na gestação, falta de investimentos em políticas públicas que garantam o acesso ao diagnóstico e tratamento adequado, falta de capacitação dos profissionais de saúde para identificar e

tratar a sífilis na gestação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal da gestante diagnosticada com sífilis é importante para garantir uma gestação saudável e prevenir a transmissão vertical da doença.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na identificação precoce da sífilisdurante o pré-natal, bem como na orientação adequada sobre o tratamento e os cuidadosnecessários para evitar complicações tanto para a mãe quanto para o feto. Além disso, éimportante que o enfermeiro esteja capacitado para prestar um atendimento humanizado eacolhedor, considerando as particularidades e necessidades individuais de cada gestante.Porém, é necessário destacar que ainda existem desafios a serem enfrentados, como a falta de recursos e capacitação adequada por parte das equipes de saúde, bem como a baixa adesão ao tratamento por parte das gestantes.

REFERÊNCIAS

[1] ARANDIA, Jéssica Cardoso et al. Sífilis na gestação e fatores que dificultam o tratamento na Atenção Primária: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 23,n. 1, p. e11557-e11557, 2023.

[2] ARAUJO, M.A.M.et al. Linha de cuidados para gestantes com sífilis baseada na visão deenfermeiros. **Revista Rene(online)**. v. 20, 2019.

[3] DELIBERALLI, Aline Luiza et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: atendimento à gestante com sífilis. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e22211124676- e22211124676, 2022.

[4] MACENA, Cristiane; LIMA, Daniely; CARNEIRO, Milenna. Atuação do enfermeiro no pré-natal de gestantes portadoras de sífilis. 2022.

[5] MACHADO, I. et al. Diagnóstico e tratamento de Sífilis durante a gestação: desafios para enfermeiras? **Revista Saúde e Pesquisa**. v.11. n. 2.p. 249-255. Maio/ago,2019.

[6] MELO, Adriele Martins et al. A atuação do enfermeiro no combate à sífilis na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 1,p. 2863-2876, 2023.

[7] MESQUITA, Anna Larissa Moraes et al. Avaliação de estrutura da assistência pré-natal para prevenção e controle da sífilis congênita. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 46, n.3, p. 85-96, 2022.

[8] **PAIVA VIANA FILHO, Laerte et al. Dificuldades na abordagem e manejo da sífilis na gestação.** Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 11163-11179, 2020.**

[9] SILVA, Maria Auxiliadora; DOS SANTOS DANTAS, Patrícia; VETORAZO, Jabneela VieiraPereira. A assistência de enfermagem no pré-natal em gestantes diagnosticadas com sífilis:através de uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 11, p. e7143-e7143, 2021.

[10] REIS, Eluana Maria Cristofaro et al. **Assistência pré-natal às gestantes com diagnósticode sífilis segundo os enfermeiros da atenção primária à saúde**. 2022.

[11] RIBEIRO, Daiane Antonia Pinheiro Cechinel Galli; DOS SANTOS MORAIS, Meline Oliveira.A importância do exame de sífilis no pré-natal. **Inova Saúde**, v. 13, n. 2, p. 119-127, 2023.

[12] OLIVEIRA, Allanna Stephany Cordeiro et al. Assistência ao pré-natal: diagnóstico e tratamento da sifilis: um estudo transversal. **Scientia: Revista Científica Multidisciplinar**,v. 7, n. 1, p. 78-91, 2022.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson

Produzir
&
Publicar